

Entretien 1

Bon déjà, est-ce que vous pouvez me donner votre avis sur la situation en lits, ce que vous en pensez de la situation des admissions non programmées ? J'ai un avis vous vous en doutez)

Ici dans notre institution ?

Ah oui, donc au moment où je préside la CACNP, (c'est l'organisation qui organise les soins et les admissions non programmés), je la préside depuis 3 ans.

Je mets un peu le contexte, ça va répondre un peu à la question.

Jusqu'à présent cette commission, pour dire clairement, s'occupait de la fermeture des lits pour les vacances. Entre temps dans les 4 dernières années, comme dans la plupart des CHU, il y a eu une demande d'adaptation capacitaire, et donc le CHU de Strasbourg a perdu, à mon avis, au moins à peu près 200 lits.

Dont une grande partie de lits de chirurgie, pour développer la chirurgie ambulatoire, on n'est d'ailleurs pas encore dans les clous le CHU par rapport au niveau demandé par notre tutelle. (Faut voir aussi les patients pris en charges, mais ça c'est un aparté.)

Ça a aussi concerné aussi les médecines, il y a eu une notamment diminution du périmètre de lits dans certains services, notamment en médecine interne chez le professeur Goichot, (qui faisait beaucoup d'aval des urgences), il est passé d'environ 80 lits à quelque chose comme 40aine de lits, il y a eu aussi fermeture en gériatrie, une 40aine de lits, où pareil les gériatres strasbourgeois ont fait de la médecine interne avant de s'orienter vers la gériatrie, sont très sensible à l'aval des urgences. Il y a eu des fermetures de lits en dermatologie et puis aussi, il y a eu des redistributions de lits d'hospitalisation conventionnelle, sous forme de lits d'hospitalisation de jours ou de semaine où là-dedans on place des gens qui sont programmés. Tout ça fait que ces lits ne sont plus accessibles à l'aval des urgences. Donc en gros, on a travaillé à l'époque avec la directrice des soins qui était attachée à la commission CACNP, également recrutée pour l'organisation des soins, qui était Mme Tion qui a fait un gros travail de synthèse par rapport au 3-4 dernières années, au besoin des lits, les urgentistes, les ouvertures, les plans et tout ça... une idée transversale, on est arrivé au chiffre à peu près : entre 40 et 60 lits de médecines d'aval des urgences qui manquent, dans des périodes relativement stables ou en peu de tensions, en dehors des épidémies, voilà. Ça veut dire que si le CHU de Strasbourg avait, entre 40 et 60 de volant, en lits en médecine en aval des urgences, ça tournerait très bien.

Ce travail date de quand ?

D'il y a 2 ou 3 ans. Tout est accessible auprès de la commission des soins, le nouveau directeur c'est M. Soulié, il est arrivé il y a quelques semaines. Sur ces 40-60 lits, c'est un message que j'ai porté avec d'autres internistes, les gériatres qui étaient déjà opposés à la fermeture de leurs lits, et avec professeur Bilbaut auprès de la direction et au jour d'aujourd'hui normalement on a obtenu la réouverture de 40 lits sur ces 60, on va dire 40, selon ou on place la fourchette. Il y a 25 lits qui ont été ouverts puis fermés.... Dû à un problème d'effectif (paramédical). 25 dans le service de gériatrie, et normalement il y en a 15 qui devraient être réouvert courant mois de novembre, on va dire. Ces lits sont pris en gastro-entéro et vont être rapatriés vers le pôle SMO du professeur Weber. Le pôle SMO (infectiologie, immunologie et médecine interne). Donc les 25 et 15, ça fait 40. Mais professeur Bilbaut et moi, on pense qu'il manque encore des lits pour ne pas être ric-rac.

Les 25 lits de gériatrie sont déjà ouverts ?

Ils ont été ouverts, puis certains fermés, à cause du personnel. Il y a de gros soucis de recrutement du personnel paramédical, parce que ça n'intéresse plus les soignants. Pour vous donner une idée, j'ai été nommé professeur, il y a 20 ans, au concours d'entrée à l'école d'infirmières, il y avait 500 inscrits et 100 postes. Au jour d'aujourd'hui, il y a toujours 100-120 postes proposés mais il y a 50 candidats, donc tout le monde rentre. Chaque année, le CHU préempte tous ceux qui finissent pour les HUS. Mais ça ne suffit pas à remplacer les départs en retraite.

Je ne sais pas si j'ai répondu à votre question ?

Oui, oui. Votre intuition qu'il manqué des lits, c'est avec des chiffres. Le nombre de lits c'est étayé avec des chiffres ?

Oui, oui, ça n'est pas une intuition, ça a été chiffré, et comme il y a des variabilités entre les années étudiées et maintenant, c'est pour cela qu'il y a une fourchette entre 40 et 60. Sachant que si on veut s'économiser l'ouverture rapide de lits en trouvant du personnel au dernier moment, notamment en période hivernale, il en faudrait 60. En dehors de ces périodes-là, la fourchette est de 40. C'est pourquoi cette fourchette entre 40 et 60. donc, s'il y en a 40, il faut

prévoir une unité saisonnière (été canicule, hiver bronchite). Vous voyez le périmètre et tous les chiffres ont été fait entre 40 et 60.

Et ici en Médical B, il y avait été prévu des fermetures de lits.

Moi j'ai une unité qui est fermé parce que je n'ai plus de docteurs. J'ai 16 lits qui ont été redispachés y compris des lits de moyen séjour, dans le service du professeur Voegel en gériatrie. On a une contrainte de la DGOS, du ministère, comme il y a une épidémie de germes multirésistants d'avoir une quarantaine de lits bloqués pour ces prises en charge. Donc j'ai 16 lits qui sont fermés ici d'aval des urgences mais dedans j'ai 8 lits de BHRE, je ne peux pas en avoir plus parce que je n'ai pas les ressources médicales, j'ai encore 2 séniors qui partent. Et M. Voegel en gériatrie, doit avoir une 20aine de lits, voir un peu plus sur les BHRE. Donc du coup, mes lits et la gériatrie, c'est des lits qui faisaient l'aval des urgences. Moi et mes séniors, j'en avais encore 2 ce matin dans mon bureau, on est le couteau entre les dents, en disant qu'on préférerait faire l'aval des urgences, puisqu'historiquement, les internistes ont toujours revendiqué l'aval des urgences. On pense que ça fait partie de notre job, on s'est toujours très bien entendu avec M. Bilbaut et M. Koopferschmidt avant. Mais pour le moment, il y a une contrainte ministérielle.

C'est pour ça qu'il y a des lits fermés alors ?

Des lits fermés pour l'aval des urgences.

Vous vous pensez qu'il n'y a pas assez de lits de médecine, alors qu'a priori...

Ah non, non, nous on est rempli à 100%, que vous preniez la médecine interne, celle de Goichot à Hautepierre, la mienne... Goichot médecine interne endocrino-diabète-nutrition) a 50 lits, dont 16 utilisés par du cohorting pour de la BHRE. Il va réutiliser ces 16 lits qu'il ressort du cohorting pour l'aval des urgences, il a un taux de remplissage des lits de 99,99 %. Le professeur Weber du pôle SMO, qui est l'interniste a un taux de remplissage de 100% quasiment, Les gériatres pareil, moi pareil... voilà.

Après les autres disciplines participent, puisqu'on a mis en place dans le cadre de la CACNP, un espèce d'impôts lits, on peut dire comme ça...

Qui n'est pas toujours honoré de ce que j'ai vu...

Il est glissant glissant, je vais vous expliquer la philosophie, c'est compliqué. Pareil, avec Mme Dion, on a regardé les malades qui arrivaient aux urgences, en fonction de leurs phénotypes, qu'est-ce que les urgences avaient besoin comme lits en aval. Et pareil, on s'est rendu compte qu'il fallait entre 40 et 50 lits pour faire l'aval des urgences pour que ça tourne de façon fluide. A partir de là, on a regardé ce que les internistes pouvaient prendre, nous on peut entre 5 à 7 si on n'a pas de BHRE, sinon 5, Goichot 2, le pôle SMO 3-4, les gériatres pareil. Donc on va dire qu'en tout les internistes prennent une 10-15aine de malades, ça veut dire qu'il faut encore que les services spécialisés autres que médecine interne gériatrie (hyper spécialisés) prennent encore une 30aine de malades. Donc on a imposé de façon arbitraire pour ne pas froisser toutes les susceptibilités, on a dit que l'on prend 5% des lits pour l'aval des urgences dans chaque pôle. C'est pourquoi enfin l'impôt lit ce n'est pas ce qu'il faut marquer mais le besoin journalier en lits. Et je vais vous expliquer, il y a une grande évolution, depuis qu'on a mis ça en place il y a 3-4 ans, les collègues de spécialités hyper spécialisés se sentent un peu "redevables", "investis" vis à vis des urgences. En tout cas les chefs de services, de pôles, en ce qui concerne leurs collaborateurs les plus jeunes, pas forcément. Mais on peut dire qu'il y a une volonté, et donc la nécessité là, de besoins journaliers est "glissant", on admet bien que par exemple un jour la cardio doit prendre 8 malades par jour, mais que si un jour ils doivent en prendre 12, et du coup le lendemain que 4, donc ils en auront pris 16 sur 2 jours, donc ils auront remplis leur tâche.

J'ai vu les chiffres que vous avez diffusé à la CME (l'avant dernière), y a des unités où ils ne sont qu'à 60% de jours où ils ont redonné le nombre de lits.

Oui, oui, il y a effectivement des spécialités qui ne jouent pas le jeu, notamment la neurologie (pas la neuro-vasculaire) pour des raisons que je ne maîtrise pas.

Votre opinion là-dessus ?

Eh bien moi je trouve que c'est un scandale

Pour quelles raisons ils font ça vous pensez ?

C'est bien plus facile de gérer ses malades en fait de sa propre discipline. Déjà pour programmer, les malades arrivent dans le service en général c'est des gens valides, ils ont des biothérapies, des petits bilans et ils ressortent. Ça fait moins de boulot pour l'infirmière, ça fait moins de boulot pour les soignants, ça n'a pas du tout la même charge de travail. Après cette activité doit bien être faite quelque part, mais moi je pense qu'elle ne doit plus être faite dans des lits d'hospitalisation standard. Toutes ces activités là, de bilan... qu'on faisait il y a des années en médecine interne, tout ça est fait en ambulatoire, en hospitalisation de jour. Mais c'est un choix volontaire.

Des chefs de services ?

Ah oui, oui. Parce que sinon, les gens s'en vont, les plus jeunes. Là on a eu le feu cet été en pneumologie parce que les plus jeunes praticiens estiment qu'ils n'ont pas à travailler du matin 8h au soir 18h, qu'ils n'ont pas à avoir une surcharge de travail à avoir, qu'ils doivent avoir des journées de récupération... et donc gérer des malades instables venant des urgences, c'est très compliqué pour ces gens-là. Et donc il y a eu cet été, le professeur Deblay, qui essaie de jouer le jeu depuis des années, a dû affronter les syndicats des menaces de burn out de toute l'équipe médicale, des menaces de démissions et de partir dans le privé. Et donc cet été on a fermé 20 lits en pneumologie. Ce qui a été très compliqué pour moi à la CACNP et pour la CME aussi.

Pourquoi ça a été compliqué pour vous ?

Pace qu'on a du mal à expliquer que les internistes, les gériatres, d'autres disciplines se battent pour ouvrir des lits, acceptent des lits avec le même effectif, alors qu'il y a d'autres qui ferment des lits ailleurs. Or si on regarde le nombre de lits par rapport au nombre de séniors, moi je dis qu'il n'y a pas photo. Chez moi, un sénior s'occupe de à peu près de 18 lits. En pneumo il s'occupe de 6 lits. Je veux bien qu'en pneumo, il y a des fibroscopies ou autre à faire, mais on ne voit pas le rationnel. C'est un peu compliqué. Voilà, donc pour répondre à votre question, pour sensibiliser les collègues on a prévu dans le cadre d'une démarche institutionnelle mené dans le cadre par la CACNP, que les urgentistes Bilbaut et Mme Samour rencontrent en ma présence tous les interlocuteurs des urgences médicales, donc on doit voir tous les chefs de services et de pôles : cardio, neuro, gastro... pour essayer de discuter avec eux de leur ressenti, (c'est pour ça que je suis là-dedans pour qu'il y ait un neutre) et de leur relationnel avec les urgences et inversement de la relation du professeur Bilbaut et de ses

collaborateurs avec les différents services. Et l'idée est qu'au terme de ces échanges, chacun s'exprime et tout ça...que la direction tranche, propose des actions et surtout qu'on contractualise dans le cadre des pôles, et l'idée est de dire aux services qui ne sont toujours que dans une activité réglée, non, l'activité réglée doit être la variable d'ajustement et pas l'aval des urgences. L'aval des urgences doit être une activité fixe qu'on a. Tous les jours on a besoin de 50 lits, donc tous les jours on a besoin de 8 lits de cardiologie, donc vous vous prévoyez tous les jours 8 lits. Et vous contractualisez, et vous adaptez au contraire votre activité réglée à ces besoins-là. Pour le moment, philosophiquement, c'est toujours l'inverse qu'on a fait. Et là on est en train de changer les choses, en 2-3 ans, j'ai réussi modestement avec d'autres à changer cet état de fait, et je pense que ça va se faire.

C'est vrai, vous êtes optimiste ?

Oui, vraiment je le pense. Je pense qu'il faut. Il y a une évolution. Ça fait 4 ans que je suis aux manettes, on voit très bien : les cardiologues qui étaient totalement vent debout, maintenant, jouent le jeu. Quand la pneumo a fermé des lits, ils ont beaucoup aidé. Ils ont pris des malades en plus, ils râlent plus, y a plus de problème. La gastro, ici, joue le jeu, alors il y a encore la gastro d'Haute-pierre, qui est encore un peu réfractaire la neuro qui est aussi encore un peu réfractaire.

Mais en expliquant bien en faisant de la pédagogie, je pense que ça passe. On est tous dans le même bateau. On est tous dans une même institution. Ces malades arrivent aux urgences, de toute façon, c'est notre rôle de service public, même si c'est de la médecine de proximité, on doit assumer ces patients. On est dans un bassin de population, voilà. Je pense que chacun peut donner un coup de main, et je pense que la solidarité existe, puisque quand il y a des périodes de tensions, quand il y a eu les attentats (bon, c'est caricatural...) mais les gens jouent le jeu, ils ne comptent pas leur temps, leur énergie, et tout se fluidifie. Donc, il faut essayer de faire que cet état d'esprit de solidarité, notamment via l'aval des urgences devienne un fonctionnement normal de tous les jours et que ça ne soit pas exceptionnel pour les périodes de tensions majeures.

Donc si je résume, vous pensez qu'il y a assez de lits, à part ces 40-60 lits qui manquent. Qu'il a assez de lits pour une activité normale et que c'est aux services de s'adapter en modifiant leur manière de faire avec les admissions programmées.

Oui, mais après ça ne doit pas être à la défaveur des malades. C'est à dire quand on a été à de grandes périodes de tensions, on a demandé à déprogrammer des hospitalisations, y compris en cardiologie. C'est sûr que si un malade doit bénéficier d'un stent, il faut le prendre. Il y a des choses qu'on peut adapter, mais on ne peut pas tout adapter. On a aussi beaucoup réfléchi, à l'organisation dans la semaine. Ce qu'on sait, c'est que le lundi, mardi, c'est là qu'il y a le maximum d'entrées dans les services. Ce qui est compréhensible : les scanners sont accessibles, des traitements durent parfois 3-4 jours, quand on fait de l'éducation ça dure 4-5 jours ; Voilà tout le monde-là est organisé du lundi au vendredi. Voilà, c'est vrai que le vendredi ça se vide et du coup il y a de la place pour les urgences, et le samedi pareil. Puis le dimanche ça commence à bloquer, parce qu'on bloque des lits dans l'idée des admissions qui vont arriver le lundi matin pour du programmé. Donc on a essayé de réfléchir à lisser l'activité un petit peu plus. Maintenant c'est très compliqué, on est dans un monde très concurrentiel. Tout le monde cherche des infirmières, tout le monde cherche des médecins, tout le monde cherche des trucs. On ne peut pas tout imposer au personnel. Mais l'idée ça serait de lisser l'activité. Un des leviers auquel on a pensé aussi, en dehors de la contribution journalière, ça serait de convaincre les collègues de ne pas faire toutes leurs admissions le lundi ou le mardi, mais d'essayer, si c'est possible de les saupoudrer un peu sur toute la semaine. Ce qui pour les urgences serait bien aussi. Voilà, il n'y a pas de lits lundi, il n'y a pas de lits mardi. Il y a des lits qu'à partir de jeudi. Ça c'est une idée qu'on avait. Mais c'est encore très compliqué ça, car ça semble facile, mais il y a tellement d'intervenants dedans. Vous êtes encore jeune, excusez-moi, mais quand j'étais à votre place à l'époque, on opérait encore le samedi toute la journée. Tous les samedis, il y avait tous les médecins étaient là, on voyait leurs bagnoles sur le parking. Tout ça, ça n'existe plus. Donc vous ne pouvez pas dire aux gens que vous allez travailler le Samedi. Même si on les payait en plus. C'est la société, vous ne pouvez pas. Ça ne les intéresse pas, on leur a déjà demandé.

Et sur de l'institution, la vision de l'institution sur les admissions non programmées. Vous la qualifieriez de comment ?

Et bien c'est la mienne. Enfin, moi je suis peut-être très prétentieux, mais moi, M. Danion m'a demandé de prendre la présidence de la CACNP pour ça. J'ai vraiment l'écho du directeur général pour ça. Donc, à priori ce qu'on met sur la table là, la direction suit totalement. Ça n'est peut-être pas M. Gautier en direct, quand il y a des gros enjeux, il est là, il tranche. C'est M. Dathomas qui est en charge de toute cette partie-là, et il partage totalement notre vision. Ils

sont en général présents aux cellules de crises. Ils sont souvent présents à la CACNP. Il y a souvent des comptes rendus à la CME du travail de la CACNP. Et la direction n'a pas hésité à ouvrir son porte-monnaie, par exemple, moi j'ai obtenu, il y a quelques années 2 postes de PH en plus, malheureusement les gens sont partis parce que les gens sont fatigués. Le professeur Weber, pareil, a eu 2 postes en plus, les gériatres 2 postes de PH en plus. Tout ça....

Les gens sont fatigués ?

Le rythme est trop important. On leur impose en médecine interne, un sénior pour 18 malades, 20 lits, à Colmar c'est 8 lits, voilà. Cet été, moi je n'avais pas d'internes. Donc j'ai 2 internes à la place de 9 du jour au lendemain. Donc les séniors font les internes. Donc les séniors s'en vont....

Mais il y a une volonté de l'institution qui a ouvert son porte-monnaie. Et on a été suivi par l'ARS, puisque justement on a fait tout un gros travail pour montrer les faits. Moi je ne veux pas poser justement, du vent. Le principe, c'est de partir des faits. On analyse, on fait un état des lieux, on prend des engagements et on re-analyse ce qu'on a fait. Ça on a fait comme démarche et on a obtenu, entre guillemets, au moins 5-7 postes de PH, justement dans ce cadre-là. Je crois que les pneumologues étaient en difficulté et dans la dernière révision des effectifs, on a donné des postes de PH.

Mais on a du mal à les pourvoir.

Ben oui, parce qu'il n'y a personne. On est dans la partie la plus creuse du Numerus Clausus.

Encore 2 ans avant que ça remonte, selon le conseil de l'ordre, c'est ça ?

Ça c'est du pipeau. C'est des projections totalement fausses. Puisque moi je peux parler pour ma discipline. Pour ma discipline, on m'a expliqué qu'il y avait trop d'internistes. Qu'il fallait baisser la formation. Il y avait 8-9 internes qui rentraient et sortaient. Aujourd'hui, je n'en ai plus que 2. Il y a 2 postes libre à Saverne. Il y a 2 postes qui vont se libérer à Haguenau. Moi, j'ai 2 postes, Goichot 2. Weber 1. Colmar a besoin de 3 postes. Il manque déjà environ 12-13 séniors dans des hôpitaux en dehors du CHU un petit peu gros. Je ne vous parle même pas de la ville ou des petits hôpitaux. L'ARS, ils sont totalement à côté de la plaque. Là on paye des gens, mais qui n'ont aucune idée de la réalité du terrain. Et il y a une chose qu'ils n'ont

absolument pas anticipé, c'est que maintenant, les gens bougent. Dans le temps les gens qui obtenaient un poste de PH, se projetaient toute leur carrière, dans le même CHU ou le même hôpital, ils créaient leur vie là. Maintenant, un peu comme vous, excusez-moi, les gens bougent. Moi, j'avais 2 PH qui étaient très très bien, que j'avais formé : internes puis chefs de clinique. Il y en a 2 qui sont partis à la montagne, à Annecy. Il y en a un qui part à Marseille en clinique. On a un infectiologue un MCU-PH qui voulait être PU-PH l'an prochain, il a fait sa thèse de sciences et tout ça. Et il part à Marseille. Qu'est-ce que vous voulez, c'est comme ça. Tout ça n'a pas du tout été anticipé par des gens qui sont censés faire de l'épidémiologie, notamment des médecins auprès de l'ARS. Moi je suis très très pessimiste de ce côté-là.

D'accord

La plupart des postes de PH dans les hôpitaux de petites tailles, sont tenus par des étrangers. Maintenant, ils ne veulent même plus venir. Pendant un moment, on avait des Roumains des Hongrois qui maintenant ne veulent plus venir. Parce qu'en fait, ils obtiennent beaucoup mieux en Allemagne, au Luxembourg ou en Angleterre. Ils ne viennent plus. Un praticien qui débute en Angleterre travaille 25h par semaine et il a l'équivalent de 6000€ par mois de paye. Du coup on a eu beaucoup d'européens, de l'Est notamment qui parlaient parfaitement le français. Sauf que ce pipe-line s'est tari, On ne souhaite pas pour des raisons politiques ou autre, ouvrir la porte au Maghreb. D'ailleurs je comprends très bien, il y en a déjà beaucoup, mais on ne veut pas ouvrir encore plus. Parce que ça n'est pas heureux que quand on n'a pas de médecins ici, alors son en pique ailleurs. Donc on va rentrer dans une période que je qualifierais de difficile pour les 5 à 10 ans à venir. Moi je suis beaucoup plus pessimiste que vous, ce n'est pas dans la période de 2 ans que ça va se régler.

Ce n'est pas ce que je voulais dire. Je voulais dire que la courbe s'inverse. Là on est dans le creux et que dans les projections ça commence à remonter dans 2 ans.

Sachant que pour former quelqu'un comme vous qui soit déjà fonctionnel et qui ait de l'expérience, il faut compter 15 ans.

Et en attendant vous avez des pistes pour ces recrutements en attendant ?

Eh bien moi, j'ai un cubain. Je l'ai récupéré parce que je l'avais en stage. On déshabille Pierre pour habiller Paul. Moi, j'ai piqué un PH au CHU de Rouen, parce que je le connaissais. Inversement je me suis fait piquer un PH par Haguenau, parce qu'ils lui ont promis 3 échelons de plus.

C'est le mercato.

Voilà ! C'est ça. Il a 3 échelons de plus, il ne travaille pas le samedi, il ne travaille pas le mercredi. Il y a là une chose très importante que professeur Bilbaut partage avec moi, c'est que les hôpitaux périphériques ont des facilités, qui ne sont pas disponible au CHU. Moi j'ai un praticien qui a 20 000 € de prime sous prétexte qu'il allait à Colmar, dans un hôpital public. Et là je ne vous parle même pas d'une clinique privée. Ça c'est un autre problème.... Mais on ne peut pas avoir à Colmar un hôpital qui donne 20 000 € à un praticien alors qu'ici on n'a pas ça, alors qu'on est un CHU. Il y a un souci là.

Et la vision globalement de l'établissement, en dehors de la direction, comment vous qualifierez l'atmosphère vis à vis de la vision des admissions non programmés.

Là je pense, qu'elle est en train d'évoluer. Je pense que les gens prennent en compte, en charge cette problématique. Ils ont bien compris.

Et la vision globale des urgences. Comment ils voient le service des urgences et les urgentistes ?

Je pense qu'ils avaient une vision plus que négative de trieurs, de cow boys, d'arracheurs de dents, de menteurs... tout ce que vous voulez. Excusez-moi, c'est toujours facile de parler des autres. Je pense que c'est en train d'évoluer. Je pense que Pascal Bilbaut, on lui reproche certaines choses, mais je pense que ce sont de fausses choses qu'on lui reproche, notamment on lui reproche de ne pas communiquer. Et je pense qu'avant lui, il n'y avait aucune communication avec les autres services. Alors que le professeur Bilbaut fait un énorme effort de pédagogie. Et il va souvent, il a embarqué avec lui, les gériatres, les internistes. Alors qu'avant ça n'était pas le cas du tout, on ne se projetait pas comme ça. Il a commencé à vraiment intéresser les cardiologues. Je pense que le problème, c'est que les gens ne se connaissaient pas. Là, les gens sont en train de se connaître, de s'appivoiser. Il faut

absolument faire des relations entre les gens. Entre les séniors avant tout. Parce que les juniors ne sont pas forcément comme on était à l'époque. Nous on a, par exemple, totalement seniorisé toutes les prises en charges par rapport aux urgences. Moi j'ai dit à Pascal Bilbaut, il faut qu'on fasse des réunions communes. Faut que les gens se connaissent. On peut faire des trucs autour d'un cas clinique, la vision du même malade des urgentistes et des internistes. Et une fois que les gens se connaissent, tout se passe bien.

Il faut se connaître. Après vous prenez votre téléphone, et vous parlez, mais il ne faut surtout pas mentir. Ça les séniors, ils ne feront pas, souvent les internes vont mentir sur l'état d'un patient. Maintenant quand tout le monde se connaît, on dit "excuse-moi, j'ai un patient dément, il a un problème social et je n'ai vraiment pas de place, est ce que tu peux le prendre en charge ». Au lieu qu'il traîne sur un brancard, les urgentistes n'en peuvent plus. Ben on le prend, et voilà. Le jour d'après, l'urgentiste proposera un autre malade et il n'y aura pas de soucis. Je pense qu'il faut vraiment que les gens échangent, se connaissent. Ça c'est un grand enjeu pour notre établissement. Les gens ne se connaissent pas. Et ce qui est dramatique, c'est que c'est même au niveau médical. Alors vous vous avez une vision, je dis vous mais je parle des urgentistes, vous avez une vision totalement biaisée par ce que dans votre métier vous avez besoin de tout le monde, donc les gens vous connaissent. Moi, je suis comme vous, je suis un peu le généraliste de l'hôpital, donc forcément j'interviens partout et tout le monde est mon interlocuteur. Par contre quand vous êtes dans un service très pointu, c'est fermé. Les gens ne connaissent pas du tout les urgentistes, ils ne connaissent pas les autres. Moi, je le vois lors des jurys de thèse, PU, PH, chefs de services, ils se découvrent. Il y a des malades qui arrivent aux urgences, ils sont PH, les urgentistes ne les connaissent pas. Je trouve ça surréaliste. C'est un enjeu majeur. Alors, moi, je ne sais pas comment faire : si ça doit être un choix directionnel, institutionnel, mais il faut que les gens se connaissent.

Alors ça c'est un frein au changement ? Un des freins c'est donc la méconnaissance. Vous en voyez d'autres ?

Oui, je pense que c'est le principal. Et un autre frein, maintenant, c'est que les plus jeunes s'hyperspécialisent dans un domaine. C'est à dire que le mec va faire son 1^e semestre en cardio parce qu'il veut être cardiologue, et même dans la cardiologie l'interne va vouloir être rythmologue, il va faire 6 semestres en rythmologie, c'est sûr qu'il n'en a rien à faire des urgences. C'est là toute l'ambiguïté, qu'on n'a jamais réussi à faire ou à défaire, alors que...

Alors que les besoins c'est de la polypathologie

On est d'accord. C'est pareil, le gouvernement s'est totalement trompé. Le gouvernement s'est fait enfumer par la médecine soi-disant polyvalente, j'en parle d'autant plus que même les internistes ont joué à ça. Il y a autour de Toulouse, il y a quelques internistes notamment Arlet qui ont créé un truc qui marche très bien, notamment avec des PH d'hôpitaux périphériques, des remplacements, vidéo-conférences. Tout marche bien, c'est génial. Mais c'est un petit groupe. Et il y a 3-4 mecs à Créteil, qui ont créé une fédération de médecine polyvalente. Et quand le gouvernement a demandé qui veut s'occuper de l'aval des urgences, les urgentistes ont dit mais qu'ils avaient déjà tellement à faire, la médecine interne qui est maintenant médecine interne-immuno. Donc une partie a dit, moi je veux uniquement m'occuper de la maladie de Behcet seulement le 19 février, les années paires et quand il y a pleine lune. Et du coup le gouvernement a pris comme interlocuteur la médecine polyvalente qui n'existe pas. Il n'y a pas de spécialité de médecine polyvalente, il n'y a pas de diplôme en médecine polyvalente. Et moi, je peux vous le dire parce que je suis rédacteur en chef de "médecine et thérapeutique", j'ai fait rentrer la fédération de médecine polyvalente et ils sont dix sur la France... Pour eux la médecine polyvalente, c'est tous les PH des hôpitaux périphériques. Mais ces gens-là au départ, ils sont gastroentérologues, addictologues, internistes, cardiologues....

Moi, je viens d'hôpital de périphérie, et ils ne se considéraient pas comme faisant de la médecine polyvalente.

Oui, mais en tout cas on a mis ces gens-là dans ces effectifs et le gouvernement s'est dit, qu'il y a un vivier de 30 000 personnes qui font de la médecine polyvalente et qu'on pourrait redéployer. Mais ça n'existe pas. C'est pareil les gens de l'ARS n'ont pas fait leur job.

Et ça fait de grande frustration, parce qu'un gastro-entérologue qui arrive là, dit qu'il veut bien faire de la médecine polyvalente, mais pas que ça.

Exactement. On a regardé aussi ici les chiffres et 80% de l'activité du CHU, c'est d'abord de la médecine de proximité. Après je n'ose pas dire que temps qu'on ne changera pas l'esprit des gens et du corps médical, les soignants et tout ça. Faut arrêter de montrer au journal de TF1, la greffe du visage qui va concerner un malade dans le monde entier. Faut montrer la mamie

grabataire avec polypathologie, et c'est super compliqué à prendre en charge, pour l'urgentiste, pour l'interniste.

Faut arrêter de payer l'acte. Tant qu'on ne payera que l'acte technologique, ce qui est encore pire avec la T2A, on ne va pas s'en sortir. Il faut sortir de tout ça. Il y a tout un mouvement à Paris, autour d'André Grimaldi. J'y adhère. On veut dire à nos tutelles. On a d'ailleurs envoyé une lettre au président de la république pour dire ça suffit. Il faut prendre en charge la vieillesse, la polypathologie. Et il faut valoriser ces choses-là.

Alors vous me direz mais il me semble que la T2A pour ces malades est très rentable

Alors la T2A c'est très rentable, mais après ça vous consomme beaucoup, beaucoup de ressources. Alors la gastro-entérologie, c'est beaucoup moins. Mais les gens viennent sont valides et dans la matinée vous faites 25 gastro-entérologie à 600 €. Il n'y a pas photo. Parce que les ressources que vous devez mettre en regard, sont moindre. Moi, dans mon service ont a pas trop regardé les chiffres. Mais je sais que M. Kaltenbac (geriatrie) a montré que si on mettait tous les investissements en bâtiments, en personnel, et toutes les ressources et qu'on regardait ce que la T2A ramène. La gériatrie rapporte à peu près 100 000 € par mois. Nous avec nos 62 lits à peu près 80 000 € par mois. Excédentaire. Tout compris, médicaments, tout tout tout....

Et les admissions programmées, vous pensez rapportent plus ?

Non, mais moi je ne suis pas dans une discipline où par exemple le diabète, ce n'est pas payant.

Mais vous pensez que ça serait le cas en gastro-entérologie. Que le programmé rapporterait plus que le non programmé ?

Non, moi je ne pense pas. Mais personne ne fait les comptes. Parce que c'est toujours pareil, la machine qu'il faut acheter et qui coûte 1 million d'euros.... Je vous donne un exemple, tous les chirurgiens ont voulu un robot. Donc on en achète 3 pour un même site, qui sont utilisés, qui sont même plus utilisé parce qu'on s'est rendu compte que pour tout le matériel, stériliser, les parties jetables...tout cela faisait un coût de 80 000 € pour opérer un malade. Donc tout à la poubelle. Il n'y a aucune politique vraiment.

Y a-t-il une comptabilité analytique ?

Je dirai qu'elle n'est pas complète. Oui, il y a une comptabilité sur des tas de choses, mais elle n'est pas complète. Il y a des boîtes noires à l'hôpital. Vous verrez. Moi, président de la CACNP, ça fait 4 ans que je tape sur la table, ça fait 4 ans que je vais voir tout le monde, y compris le directeur général, pour savoir le nombre précis d'effectif dans chaque service. On vous ne les donne pas. Même moi, je suis incapable, ou même Mme Drexler qui est directrice des affaires médicales, ne peut vous le dire. C'est une information que je n'ai jamais eue. Je les ai déjà demandés 3 fois. Dans les freins, c'est le manque de clarté.

C'est le manque d'indicateurs fiables.

Voilà, c'est ça. Quand j'étais à la réunion où on a fermé les lits de XX, j'ai bien vu toute la misère de son équipe que prenait le professeur XX et les pressions du personnel... et que quand je suis rentré ici, et que j'ai vu les chiffres des effectifs de XX, j'en ai perdu mes lunettes. Comment voulez-vous expliquer ça à votre propre équipe ? C'est ça le problème, il manque de la clarté et ces informations. Le jour où on aura les chiffres, et bien je suis prêt à empaffer le XX sur ce fauteuil, en lui disant Toto tu te fous de ma tronche. T'as 6 malades, tu fais une demi-matinée de XX par semaine, et tu dis que tu bosses.

Il manque de la clarté. Si on veut avancer, il faut connaître les faits, les effectifs.... C'est que comme ça qu'on s'en sort.

Pour vous quels moteurs, quels leviers pour effectuer ces changements ?

Il faut beaucoup d'énergies, il faut que les gens se connaissent, c'est un truc vraiment important. Il faut se donner des objectifs partagés. Pas des objectifs irréalisables. Faire l'état des lieux, voir pourquoi ça fonctionne, pourquoi ça ne fonctionne pas. C'est du temps, mais c'est comme ça qu'on progresse. Avec Pascal, les gériatres et les cardiologues, on a mis en place une filière pour les insuffisances cardiaques. Au début, on se voyait toutes les semaines pour voir pourquoi ça ne marchait pas et le truc a marché. On arrive à faire des choses. (La filière est pour tout le monde, soit c'est un malade jeune qui a un trouble du rythme ou un syndrome coronarien, il va en cardio, soit c'est un malade avec une pneumonie, un peu plus âgé, il a du diabète.... Il vient chez moi. Et on peut les envoyer en gériatrie...)

Donc on peut faire des choses, après ça repose sur la volonté des gens. C'est tellement compliqué, il faut se donner des objectifs réalisables et réalistes. Et il ne faut pas vouloir tout modifier d'un coup. Faut prendre des pans, des interlocuteurs. Fluidifier par rapport, par exemple aux pathologies gastro....

Le problème de notre institution, c'est qu'il y a 13 000 ou 14 000 salariés, il y a quasiment 2000 lits, c'est gigantesque. Donc c'est compliqué.

Votre avis sur les hébergements ?

Moi, j'en ai eu 2 ce matin au staff. Un patient de 90 ans dont le conjoint qui s'occupait et se retrouve en réa. Il faut bien les prendre quelque part.

Ce n'est pas dans ce sens "hébergement", c'est par exemple : il n'y a plus de place en gastro ou en médecine interne, et le patient va en rhumato pour la gastro ou médecine interne.

Ça normalement c'est prévu. Dans le plan que j'ai mis en place avec la CACNP, et qui a été validé en CME, normalement on peut mettre des malades accord de séniors à séniors. Il n'y a aucun souci. Après pour la chirurgie, ça c'est l'équipe médicale du pôle, s'il est mixte qui s'en occupe. Mais on peut très bien mettre un malade de gastro en rhumato si le séniors de rhumato sait le gérer.

Ce n'est pas le séniors de gastro qui vient le gérer en rhumato ?

Ah non, ça ce n'est pas possible. Là, vous voulez faire un mixte entre le mode français et le mode américain. Aux Etats-Unis, j'ai été à Boston. Tous les malades qui arrivent sont pris en charge par le séniors qui est en charge ce jour-là (par exemple la médecine interne). Tous les malades qui arrivent aux urgences de Harvard Medical School avant d'aller à Massachussets medical hospital. Ils sont vu par l'interniste, ils sont mis dans n'importe quel service dans l'hôpital. Et ensuite, celui qui l'a pris en charge va le suivre et se balader dans tous les étages. Il n'y a plus de périmètre de services, il n'y a plus de responsables de services. C'est un mode de fonctionnement totalement différent. Mais les effectifs sont beaucoup plus nombreux. Donc on ne peut pas demander ça. Dans les faits, les lits sont quand même sous la responsabilité de quelqu'un. S'il y a un problème qui arrive, on vient me chercher moi. Qu'un

gastro donne son avis pour la prise en charge d'un malade, imaginons, que je sois endocrino, ça ne me choquerait pas. Mais si, in fine, il arrive un problème à ce malade, c'est quand même moi qui suis responsable en tant que chef de service. C'est un mode compliqué.

Nous notre philosophie c'est le meilleur lit pour le malade. Nous on ne veut pas ce genre de problème d'hébergement, parce qu'on sait que c'est le bordel. Sauf difficultés de fonctionnement. Ou alors on met des malades en chirurgie, pareil en se mettant d'accord entre séniors. Mais on va essayer de ne pas mettre une sclérose en plaque en poussée en urologie. Voilà...

Le mode de fonctionnement que vous proposez, on s'y est opposé. Et on s'est aussi opposé jusqu'à présent à la gestion des lits, comme ça a été proposé par une cellule de coordination, sans aucun contrôle médical. Nous la philosophie du CHU de Strasbourg, ça a toujours été : y a aucun problème, notamment les internistes et gériatres vont prendre tous les malades, mais c'est nous qui acceptons et qui gérons. Nous ne voulons pas que ce soit géré par des administratifs ou par des gens qui font que du placement. Parce que nous n'avons pas, notamment les plus jeunes ou même moi, une vision assez globale pour prendre en charge tout ça. Il y a quelques années, le PH était censé avoir un minimum de base, être un peu polyvalent mais tout ça a évolué.

Il y a quand même un souci majeur au niveau de l'organisation. C'est la difficulté à hospitaliser les malades

Je ne sais pas. Je reçois tous les jours un plan de tout ce qu'il se passe à l'hôpital. Tous les jours on a des indicateurs sur les malades à 8h à 10h à 6h, combien il y en a en zone, combien il y en a dans le machin. Souvent le matin, effectivement, il y a des feux orange ou rouges, mais en général le soir c'est totalement vert. Après ça s'est complètement fluidifié. Après ce qui pose problème, ça c'est la philosophie qu'on a mis en place. Par exemple nous qui sommes très loin des urgences, on souhaite qu'il y ait un minimum d'examens complémentaires qui soit fait, parce que sinon ici c'est le bordel. On veut que les urgentistes ne fassent pas que du tri, on veut que les urgentistes fassent aussi du diagnostic, comme cela les malades restent un peu plus longtemps mais ils seront bien orientés dans le bon lit.

Après je crois qu'il y a une très grande différence entre Hautepierre et le NHC. Après il y a un problème de brancardage.

Non, ce n'est pas ça. Même si oui, il y a ces problèmes. Je trouve qu'il y a des situations,

où moi je trouve des lits, l'équipe dit non, n'y a pas de places, il a qu'à rester sur un brancard.

Mais qui dit ça ?!

Ben, l'interne, le chef....

Ben faut se l'empaffer. Faut passer par la direction. Après il y a des périodes de tensions. Ça je le conçois parfaitement.

Mais là on est en septembre.

Oui, mais là, il y a le problème de ces 40/60 lits. Voilà, c'est tout. Nous on l'a dit. Ça fait 4 ans qu'on a ce discours. Pascal s'était opposé, les gériatres, nous.... C'est des choix qui ont été faits il y a longtemps par l'ARS.

Moi, je vais vous dire mon inquiétude, je l'ai dit à Pascal Bilbaut, c'est la situation de Mulhouse ou de Dijon. Dijon, c'est un CHU où Patrick Ray va se retrouver dans les urgences avec la même situation que Mulhouse. Il n'y a plus de médecins...c'est une catastrophe. Là ça nous pend au nez, parce qu'il y a eu un renouvellement il y a quelques années, à ce que j'ai compris, il y a beaucoup de jeunes et du coup...

C'est très bien, c'est dans la dynamique et tout, mais ils ont d'autres objectifs dans la vie.... C'est tout.

Non mais, c'est la condition de travail ! Ce n'est pas de voir du monde qui pose souci, c'est la difficulté à l'hospitalisation, les freins à l'hospitalisation.

Mais vous vous n'imaginez pas la chance que vous avez c'est à dire l'effectif que vous avez. Nous on n'a plus de médecins. Moi, je suis passé de 9 séniors à 6 séniors et dans un mois je serai à 5. Et je suis passé de 8 internes à 2 internes. Comment voulez-vous médicaliser des malades ? Forcément quand vous avez moins de médecins ça tourne moins vite, vous prenez moins de malades. Et le problème, c'est que vous avez ça dans beaucoup de disciplines. En gastro-entérologie au centre-ville, à un moment donné, il n'y avait aucun interne et pas un

médecin français. Il y avait le PU-PH c'est tout. La gastro du centre-ville n'existerait plus si on n'avait pas mis le professeur Mütter comme chef de service du département. Il faut en être conscient. Les disciplines qui marchent bien, c'est la neurologie parce qu'ils sont des effectifs pléthoriques. Ils sont 8 PU-PH. La rhumato, le service du doyen, ils sont 3 PU-PH, 1 MCU-PH, 3 PH, 3 chefs de cliniques, 14 internes pour 30 lits. C'est sûr que les médecins ne vont pas vous menacer de partir ni rien. Le problème, c'est que les jeunes s'épuisent. Moi, les jeunes qui sont partis, m'ont dit : "je n'en peux plus". Moi, 3-4 admissions tous les jours avec 18 lits, des médecins qui ne parlent pas français, les familles qui sont là, le bordel et tout. J'en peux plus, je ne veux pas rentrer tous les soirs à 20h. Sauf que moi, je n'ai pas d'autres moyens pour faire.

Je ne veux pas opposer les services qui hospitalisent aux urgences.

Ce que je veux vous dire, c'est que c'est le même combat. C'est à dire que l'urgentiste qui passe son temps à se faire chier à trouver un lit et qui se fait engueuler par ses collègues, il va se casser, comme le collègue qui est déjà au taquet qui s'engueule avec l'urgentiste.

Et vous ne pensez pas que des solutions type : faciliter les hébergements, ça permettrait...

Je ne vois pas comment vous envisagez ça. Moi, il n'y a aucun souci, il faut juste me dire comment vous allez faire et comment vous allez trouver les ressources. Parce que là, au jour d'aujourd'hui, il n'y a pas de ressources en personnel, type infirmières. Même en payant grassement les gens de la ville, il n'y a plus de ressources de médecins. Là vous avez vu passé un mail, c'est moi, mais je ne vais plus avoir de médecins pour l'unité de cohorting. Du coup j'ai proposé à la direction, vu qu'on n'a pas trouver de mercenaire, ce n'est peut-être pas le bon terme, un collègue qui bouge un peu. J'ai essayé de trouver des solutions, j'ai dit à la direction qu'il y a peut-être des collègues d'unités transversales qui pour venir donner un coup de main. Vous savez peut-être, mais quand vous regardez les effectifs médicaux, il y a du monde. Sauf qu'il y a des gens qui ne sont là que pour faire des unités transversales et qui voient 2 malades dans l'année. Je caricature, parce que c'est des obligations médico-légales, il faut X médecins pour porter les soins palliatifs, il faut X médecins pour porter l'addictologie. Il y a plein d'unités transversales qui existent où le médecin a le même statut, la même paie, sauf qu'ils n'ont pas votre job, ils sont beaucoup plus cools. C'est des obligations. Et on est

dans une période très difficile. Mais ça, ça a déjà existé. Je ne sais pas si vous savez, ça s'appelle les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg et ici ça s'appelle les Hospices Civiles, parce qu'avant la loi Debré, avant qu'on mette des PU-PH, des titulaires...en fait c'était les hospices, C'est à dire que les PU avaient des cabinets en ville, travaillaient en cliniques. Ils venaient une fois tous les 2 matin, régler des problèmes administratifs, pour le staff puis ils partaient. Mais ici, il n'y avait que les pauvres, c'était vraiment les hospices. Et la loi Debré a modifié les choses. Après dans les années 70, il n'y avait pas de Numerus Clausus, on formait dans les 400-500 médecins tous les ans. Donc forcément vous aviez pléthore. En plus quand vous étiez chef de service, c'était extraordinaire, parce que si vous vouliez par exemple, faire de la cardiologie alors que vous n'aviez pas fait l'internat. Vous bossiez 5-6 ans ici, et le patron décidait sur la foi de Dieu, disait qu'il m'avait assez donné, ciré les pompes, je le nomme cardiologue. Il y avait un effectif, vous ne pouvez pas imaginer. L'état a donc décidé de régler le problème de l'argent dépensé en baissant l'offre. Ça a été décidé, c'est un choix, il y a un....

Avec la complicité médicale aussi...

Non, non ! C'est le directeur de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et le ministre de l'économie, qui ont signé un plan sur ce que va devenir la médecine sur les 10 ans à venir. Avant, ils ont mis des sous, mis des sommes, des recommandations, des trucs opposables et tout. Et malgré ça, ils se rendent compte que les dépenses de santé augmentent. Donc ils ont décidé de baisser l'offre. Vous n'avez plus d'offre, vous avez moins de dépenses. Actuellement on forme un ophtalmo, qui sort sur le marché tous les 2 ans. Or en Alsace, tous les ans actuellement, il y a 10 ophtalmos qui partent à la retraite. Donc quand vous aurez l'âge d'avoir une cataracte, enfin pas vous, vous aurez vos collègues. Mais sinon, vous n'en trouverez plus. Quand je vais en Normandie en vacances, il y a un ophtalmo à Caen, un au Havre et sinon, c'est CHU de Rouen. Il n'y a pas un autre ophtalmo dans toute la Normandie. Donc ça veut dire soit vous avez du pognon, et vous allez à Paris dans le privé, soit vous attendez. Du coup, il y a moins d'opération de cataractes, ça coûte moins cher. Ça a été réfléchi comme ça. Et ça avec Jean-Louis Pascali, il y a 10 ans, on a créé un syndicat au CHU de Strasbourg qui s'appelait le SAMUS, le syndicat autonome pour des médecins des HUS. On était allé voir tous les politiques pour leur dire que la prise en charge des patients se dégrade, la qualité de vie des patients, qui en découle, n'est pas bonne. Notre population va être moins bien prise en charge. Et on a l'impression que dans le corps médical, il y a un peu de désabusement. Je ne parle même pas de burn out, à l'époque on n'était pas encore là-dedans. Tous les politique

nous on dit “ Messieurs les professeurs, tout cela on le sait”. Mais en fait c'est un choix.

Moi de ce que j'en ai compris c'est qu'à un moment, les syndicats médicaux aussi étaient bien contents à un moment....

Ah, ben oui ! Vous avez tout à fait raison ! Mais pas pour l'hôpital. Oui, c'est pour ça que les syndicats de médecins, je ne sais pas si vous êtes au courant, mais soutiennent le gouvernement. En disant il faut envoyer les jeunes dans les zones les plus difficiles, c'est normal. Du coup ça vous fait moins de concurrent avec qui lutter. Vous allez pouvoir faire votre truc tranquille. Vous avez tout à fait raison. Moi je parlais dans l'idée du public.

Après j'avais ces réflexions-là, que je voulais partager avec vous concernant les difficultés d'hospitalisation. Les hébergements, ça pourrait être une solution. Je vois qu'il y a des unités qui n'ont jamais de lits, disons-le clairement.

Le problème, c'est que personne ne va s'en occuper. Donc vous allez faire comme moi, vous allez mettre une annonce pour trouver quelqu'un sur “intra-HUS, parce que les collègues refuseront. Je vous le dis franchement. Moi, j'ai essayé de les sensibiliser, je vous dis, je me considère comme un médecin généraliste des hôpitaux, après on a chacun ses marottes, on est universitaire et tout... ce que je veux dire, c'est que c'est pas du tout la philosophie des copains. Les copains s'est beaucoup plus facile d'être spécialiste de l'épilepsie et seulement chez la femme de 30 ans. Vous avez 2 papiers à lire dans l'année, vous allez à tous les congrès qui vous intéressent. Et si vous n'avez pas de lits c'est encore mieux. Vous allez jouer au golf, vous dites à votre secrétaire, je peux vous le faire là : “allo Catherine vous annulez la consultation de demain, je ne peux pas travailler”. Voilà, vous n'en avez rien à foutre. Et vous avez le même salaire que quelqu'un d'autre. Et en plus, ça c'est quelque chose qui peut vous émouvoir, vous y êtes sensibilisé comme moi. C'est qu'en plus vous et moi, on aura le problème de la responsabilité médicale. Si vous êtes PH et que vous vous occupez de 20 lits vous avez beaucoup plus de risques d'avoir un problème médical, un problème médico-légal, ou un problème avec une famille que le mec, qui n'en a pas. En plus les malades que vous voyez en consulte pour une super spécialité, vous avez juste à lui dire, ce n'est pas l'épilepsie de machin... aurevoir monsieur... Vous lui réglez pas du tout son problème, et c'est tout. Ça c'est tout un cheminement médical. Et je ne voudrais pas être trop pessimiste. Mais quand vous regardez le parcours qu'on propose au 2e cycle, qui va être mis en place à partir de 2020,

vous pouvez vous arracher les cheveux.

Parce que maintenant, les étudiants ne seront plus obligés de passer dans tous les stages, ils choisiront d'emblée au 2e cycle, la discipline qu'ils voudront faire. Parce qu'au jour d'aujourd'hui, ils sont maltraités. Ça veut dire qu'un mec qui fera ophtalmo, il sera en ophtalmo, et il n'aura plus besoin de voir la rétinopathie, le diabète... il s'en fout, il fera ophtalmo.

Hier j'en ai discuté, je demandais quelle sera la plus-value de ce mec hyper spécialisé, par rapport à une infirmière formée à BAC plus 5, master 1 ou 2, qui sera un jour une infirmière de pratiques avancées. Quelle sera la plus-value de ce docteur et le truc là. Là ce qu'on fait là, c'est ce qu'ont fait les Etats-Unis faisaient il y a 20 ans. (Je l'ai vu quand j'étais à Boston) sauf qu'entre temps, ils se sont rendu compte que c'était de la médecine de merde. On s'est rendu compte qu'on ne rendait pas service aux patients et que ça coûtait super cher. Sauf quand France on a toujours 20 ans de retard, et donc on applique ce que faisait les Etats-Unis. On met en avant, la super spécialité. Maintenant pour devenir professeur, vous n'êtes plus spécialiste de rythmologie, vous êtes spécialiste du bloc de branche droit et seulement chez la femme ou le vieillard diabétique. C'est là qu'il y a un problème.

Excusez-moi, votre commission des soins, enfin, la direction, ne peut pas imposer d'autres manières de faire des hébergements Parce que je pense qu'on peut s'entendre sur des par exemple des prescriptions....

La direction peut toujours imposer, le problème c'est qu'en gros c'est le corps médical qui dispose, excusez- moi du terme. Notamment ici c'est un CHU, donc les universitaires, leur vrai patron, c'est le doyen et le président d'université. Déjà, c'est une première chose, ...voilà. Vous vous voyez de votre côté là, ça rendra le boulot des urgentistes plus facile. Mais il y n'aura plus aucun médecin dans les unités.

En tout cas on répondra à notre mission.

Mais le problème, c'est que vous n'aurez pas d'effectifs médicaux pour le faire fonctionner. C'est ça le problème. Le directeur est prêt à ouvrir des lits en plus, ce n'est pas le problème. Il a donné des postes de PH, il a recruté de façon prioritaire toutes les infirmières qu'il pouvait et tout. Moi, je n'ai jamais eu aucun problème ça fait 6 ou 7 ans que je suis chef de service et ça fait un an, maintenant que je suis chef de pôle, peu importe avant je partageais tout avec le

professeur Goichot qui était mon prédécesseur. On n'a jamais eu de refus, en tout cas pour nos structures, qui était justifié et où notamment, il y avait de l'aval des urgences. Et la direction a bien, bien pris en compte cet aspect-là. Sachant qu'en médecine 80% des gens, en tout cas, une grande partie rentre par les urgences. Il y a un besoin d'avoir des gens polyvalents pour s'occuper de ces gens-là. Après je pense que plus que l'hôpital, il y a un laisser-aller total de la médecine de ville. Il y a plein de médecins qui ne font plus de garde et qui ne sont plus obligés d'en faire. Il y a plein de structures qui sont payées et qui ne servent à rien. Je veux dire, le mec qui vient, qui prend les 40 € et qui dit : "allez aux urgences...". Il a écrit un bout de papiers et il a touché 40 €. Il faut absolument réorganiser la médecine de ville. Après il y a autre chose qui a changé le paradigme, c'est qu'avant la médecine hospitalière et la médecine de ville travaillaient main dans la main. Les gens se connaissaient, excusez-moi de venir à de vieilles choses. Les généralistes avaient été dans les hôpitaux, ils avaient été dans les services. Les anciens généralistes n'envoient pas les malades aux urgences, ils me les envoient directement ici. Ils connaissent le service, nous connaissent, passent un coup de fil. Nous on a des astreintes avec un sénior au téléphone pour répondre à cela, répondre aux questions médicales, pour différer une consultation, pour programmer une hospitalisation. Sans embêter le service des urgences, qui ont autre chose à faire. Mais tout ça, ça a été cassé. Maintenant les internes en médecine générale ne passent quasi plus au CHU, à part aux urgences. Et pour le coup, personne de nous n'est associé à ce genre de réflexions. On a l'impression qu'il y a des mecs de santé publique qui sont les interlocuteurs du ministère, les mecs n'ont jamais vu un malade. C'est assez hallucinant. Par contre rien ne remonte du terrain. Si ce n'est ce que vous avez dit les syndicats, mais qui là, on une posture totalement.... Je vous donne un exemple : je communique beaucoup sur l'insuffisance cardiaque on fait de la télémédecine, vous en entendrez sans doute parler, qu'on a mis en place. Moi quand j'arrive dans une réunion de cardio, je me fais allumer parce que je ne suis pas cardiologue. Après les mecs viennent me voir en aparté pour me dire, ce que tu as fait Emmanuel, c'est génial. Ça marche super bien, les patients sont contents et tout. Mais après quand ils sont en posture de représentants de leur discipline, on se fait allumer. C'est ça en France. Dès que vous proposez quelque chose de nouveau, tout le monde s'y oppose. Je me balade un peu dans le reste du monde, vous n'avez pas ce problème-là. Ça c'est typiquement français. Vous allez en Allemagne, vous passez le Rhin, vous proposez quelque chose, tout le monde va être aidant. Ici quand vous proposez quelque chose, tout le monde va vous casser. En Allemagne, quelqu'un qui réussit va être mis en avant, il a fait des efforts, c'est quelqu'un qui bosse, c'est normal. Ici vous êtes un gros salaud. C'est parce que votre papa était

médecin, puis vous êtes un nanti, vous gagnez très bien votre vie. Il y a tout un problème sociétal à changer. On a du mal à faire bouger les choses. Moi, la cardiologie, je peux vous dire que la filière qu'on a mis en place avec les collègues, et tout. Les 2 bloquants c'est (...). Le problème, c'est qu'on doit déjà régler les soucis entre nous, les médecins. Et après l'administration est là pour nous aider. Or là, c'est l'inverse, on se fait une petite guerre entre nous. On déshabille Pierre pour habiller Paul. Et comme ça on se fait avoir par l'ARS, par tout le monde, et c'est l'administration qui décide. Et l'administration est assez intelligente pour nous aider ; Franchement, si vous venez avec des faits, ils vous aident. Par contre votre suggestion sur l'hébergement, il faut le développer, monter un petit groupe de travail, venir le présenter à la CACNP, quand ça sera abouti. Je suis prêt à participer avec grand plaisir. L'idée, c'est effectivement de trouver de nouveaux modes de fonctionnement, nouvelles structures, nouvelles organisations...

Alors moi, je vous dis comment je l'imaginai la nouvelle organisation. Je voyais l'hébergement comme la priorité. Au risque de voir partir tout le monde. Et le souci qui est quand même l'overcrowding. On meurt de ça, on ne meurt pas d'hébergement. Je pense qu'il y a quelque chose à travailler dans la filière patiente, parce que c'est toujours un peu les mêmes patients qu'on héberge.

Oui, oui. Moi, j'ai développé la filière cardiaque, il y a sans doute d'autres filières à développer. Je pense que sur les pathologies chroniques comme la BPCO, comme le diabète (même si on ne se débrouille pas trop mal) ... y a plein de filières à développer. Moi, ce qui m'exaspère profondément, ça va venir sur la table prochainement, c'est les malades de chirurgie, qui sous prétexte de n'être pas opérés de suite, sont mis en médecine parce qu'ils sont âgés. Et nous on nous demande d'aller nous occuper de médecine en chirurgie. Ça ne colle pas. C'est à l'institution de mettre des règles. Moi, j'ai dans mon service, régulièrement 3-4 lits embolisés par des drains de cholécystites, des sondes pipi dans tous les sens, et en plus les chirurgiens refusent de s'en occuper. Par contre eux, ils ont des lits de libre.

Il y a des lits en chirurgie. J'ai compris que ça ne sera pas facile.

Vous avez raison de proposer de nouvelles idées. Si on ne propose rien, on va mourir. Mais si vous allez voir les collègues en disant : exemple, je dis n'importe quoi, en gastro vous occupez seulement 70% de vos lits, vous avez 100 lits, on en prend 30 pour les urgences pour

faire de l'hébergement, ils vont vous trouver génial, parce qu'ils n'auront pas à s'occuper de ces lits. Ils ne s'occuperont plus que de 70 lits. Avant les chefs de service, comme vous aviez la légion d'honneur, disaient : moi je m'occupe de 300 lits. La puissance, l'aura, c'était le nombre de lits. Ça, c'est complètement obsolète. Donc si vous allez voir des gens en leur disant, je vous pique des lits, il n'y aura aucun problème. Et même qu'ils vous les donneront sans aucun problème. J'ai déjà dit, que si j'en ai vraiment marre, je ne veux plus de service. Je crée une unité transversale de médecine, je fais Dr House. Parce que l'aval des urgences, je ne sais pas gérer, c'est trop compliqué, il n'y a que des vieux, ça c'est de la gériatrie... par contre je viens aider pour les cas compliqués. Je suis diagnosticien. Je ne m'occupe plus de lits. Toute ma famille sera contente, ce midi je vais manger tranquillement... et j'ai ma paie et tout. Il faut trouver de nouvelles organisations, de nouvelles façons. Mais ça les syndicats s'y opposeront jamais. Un des leviers c'est peut-être de donner plus d'argent à ceux qui font plus de trucs à tous les niveaux. On a déjà fait ça pour les infirmières, quand j'ai pris la chefferie ici, le matin, il manquait 3-4 infirmières. Donc tous les matins, la cadre, d'autres et moi, ont passé notre temps à téléphoner. On est allé voir la direction qui nous a dit qu'il n'y avait aucun problème, on va vous trouver de jeunes infirmières, on leur paye les 2 premiers loyers, on leur paye une prime... On était tous autour de la table (FO, CFDT...) ils se sont tous opposés. Les syndicalistes m'ont dit en off que comme ça les syndicats n'existeront plus : les gens vont accepter le travail parce qu'ils seront payés plus et nous on existera plus. Donc, ils se sont opposés à ça. C'est hallucinant ! Je ne sais même pas si c'est du corporatisme. Moi je ne défends pas la politique du DG, je crois qu'il est assez grand pour se défendre. Ça fait 4 ans que j'ai pris des responsabilités institutionnelles, je préside la CACNP, la commission scientifique et d'autres trucs, et j'avoue que le coup d'après j'ambitionne d'être président de la CME. L'idée c'est d'essayer de faire bouger les choses. Moi, j'ai l'impression que la direction, même si elle n'est pas bien perçue par le corps médical, qu'elle n'a pas de problème à ouvrir la bourse. Après eux ils ont aussi une difficulté, c'est la 1e fois qu'on a autant été contraint de fermer des lits, mais ça c'est pas eux, qui l'ont décidé. Le budget, ce n'est pas eux. Avant on a toujours eu. Avant on a créé l'IRC et l'IHU... donc le corps médical était super content. Là, on est dans l'austérité.

Ma 2e piste de travail, c'est que, vous l'avez dit. La filière d'admissions non-programmé qui arrive dans un service, désorganise le travail avec une grosse charge de travail en plus, comme vous disiez surtout à la prise en charge initiale, et après ça va mieux. Est ce qu'il n'y aurait pas la place d'unités tampons, actuellement c'est l'UHCD qui joue ce

rôle-là, mais c'est pas son rôle

Mais après vous aurez exactement la même chose, une fois que les gens seront dans ce service, vous n'arriverez plus à les sortir.

Sauf s'il y a des règles.

Les gens de votre propre discipline ne joueront pas le jeu. Le problème, c'est le manque de solidarité entre nous. Ici, quand des séniors sont d'astreintes, ils mettent tous les problèmes (comme sociaux...) dans d'autres unités et prennent les meilleurs. Ça a toujours été comme ça. Il y a 10 ans avec le professeur Defouel on avait proposé de faire dans le bâtiment... A l'époque, il y avait de la médecine interne, de la cardio et de l'hépto-gastro. Et comme on avait souvent des admissions la nuit, car comme on était pas prioritaire sur le brancardage, les malades venaient des urgences après 20h. Et c'était le bordel le plus total. L'interne courait dans tous les sens. On avait donc proposé, une zone chaude où on mettait plus d'infirmières et l'interne n'avait qu'à voir toutes les admissions dans cette zone là, il n'avait pas besoin de se dispatcher partout. Mais ça n'a pas marché. Les malades un peu chaud ou problématique, les autres unités refusaient de les prendre. Ils restaient là. Vous aviez la guerre dans le même service. Vous n'aviez pas la guerre entre urgences -médecine, mais vous aviez la guerre médecine-médecine, unité contre unité.

Vous êtes pessimiste sur ça ?

C'est une constatation. Là, j'ai découvert la vie. Je croyais que le docteur était quelqu'un avec des qualités humaines, beaucoup d'empathie.... Après je vois la façon dont les choses fonctionnent. Il y a des choses que je n'oserais jamais faire, et qui pourtant sont fait au quotidien par mes collaborateurs, ils se font des crasses entre eux. Par exemple j'ai un PH qui a 4 malades, il refuse d'en prendre plus en charge et d'un autre côté j'ai un PH qui a 18 malades. Et ça fait 4 fois qu'au staff, je lui intime l'ordre d'y aller, mais elle a toujours des excuses pour pas y aller, ne pas faire le job. Et si vous insistez, ces gens-là se mettent en maladie. L'équilibre est fragile. Il faut vraiment mettre de l'eau dans son vin.

Après je ne dis pas qu'il faut reproduire la même chose que moi, à l'époque on avait 8 gardes...tout ça, il faut l'oublier. Il faut se projeter dans le monde où on est. Ce qui me désole, c'est l'absence total de solidarité. Et ça, ça existait déjà quand j'étais interne. Quand j'étais

interne ce n'était pas seniorisé, c'est l'interne des urgences qui discutait avec les internes des étages. Mais les malades difficiles (sociaux ou vieux, même si les malades étaient plus jeunes à cette époque-là) étaient toujours dispatchés dans la même unité....

On peut changer mais il faut être nombreux autour de la table

C'est peut-être de proposer sur des modes de modélisations, avec des règles qui imposent les choses.

à l'époque, pour l'insuffisance cardiaque, il y avait un contrat qui avait été porté, par la direction générale et par Novartis, qui nous ont proposé de travailler sur l'insuffisance cardiaque, on a fait un 1^e état des lieux et après il y a general Healthcare qui est venu, avec des gens qui travaillent sur les parcours de soins, qui ont vu tous les métiers qui participent à la prise en charges de ces patients. Brancardier, aides-soignantes, infirmières, femmes de ménage, les directions, les cadres et les médecins... et on a effectivement trouvé des points d'amélioration et on a essayé de les améliorer. Je pense que de travailler sur l'organisation, c'est bien. Après, il faut prendre des gens motivés, faut se faire connaître

Entretien 2

Je voudrai connaître votre avis sur la situation en lits en ce qui concerne les admissions non-programmées.

Dans ma ville ? A Strasbourg, c'est catastrophique et de pire en pire. Dégradation anatomique, car on arrive à une dégradation pas seulement fonctionnelle sur des antécédents structurels, et elle devient anatomique par défaut de combattants, car on manque d'infirmières et de médecins dans les lits d'aval, nos partenaires immédiats qui sont la gériatrie et la médecine interne. Étant obligé de fermer des unités complètes : 24 lits, 12 lits en médecine interne, gériatrie, 12 de gériatrie par manque d'infirmières et 12 lits en médecine interne par manque de médecins. Ça fait déjà 36 lits qui nous sont directement impactés. Là-dessus, on rajoute les BHRE qui doivent être cohorting, qui doivent regrouper quelle que soit la spécialité. C'est important pour l'hygiène, y a pas photo là-dessus, Où la direction générale les a mise ? en médecine interne en gériatrie SSR. Forcément, l'impact est encore direct. Cet impact des BHRE a été jusqu'à 48 lits. Maintenant la BHRE n'est plus qu'à 24 lits, heureusement l'épidémie a été contrôlée, voir en régression. Mais voilà tous ces impacts, en gros ça fait plus de 60 lits qui ont été fermés en direct, alors que déjà avant ça, il nous manquait 40 lits. Ces 40 lits étiquetés aval des urgences grâce à la CACNP. Où je suis d'ailleurs le seul urgentiste et c'est bien, comme ça, on ne peut pas dire que la CACNP soit inféodée aux urgences et aux urgentistes. Son président est un interniste. Il y a des gériatres, des chirurgiens, des réanimateurs, des anesthésistes, un pédiatre et l'administration. La CACNP dans son rendu 2017, disait qu'il manquait 40 lits d'aval, 24-25 lits en gros de gériatrie et 14-15 de médecine interne. Alors effectivement, 24 lits de gériatrie ont ouvert en janvier de cette année, c'est vrai, mais la fermeture anatomique par manque de médecins et d'infirmières étant de moins 60, le bilan est encore négatif. Ça fait moins 25-30. Et tout ça date de 2017, la CACNP. 2018, l'administration a tourné en rond. On ne peut pas, on ne peut pas. Finalement, ils ont mis un an pour ouvrir 24 lits et sur 3 localisations différents, histoire de nous balader. Là techniquement ça va pas. Là, les évacuations de cheminées ça ne va pas. Finalement, sur la proposition de Pr Kaltenbach, mettez-les à Schütz, « on ne peut pas non plus c'est trop compliqué de ramener les lits ». Ben, finalement c'était effectivement le plus simple. Mais on n'écoute pas les professionnels de terrain. La direction actuelle n'écoute rien. Elle pense savoir et fait comme elle l'entend. C'est de travers. Ils sont dans leur tour d'ivoire. C'est le

dogme, le diktat de l'école de Rennes, sûr de leurs qualités, ils pensent avoir raison. Cette école de Renne, fournit des directeurs qui pensent qu'ils sont les seuls capables de gérer un hôpital. Le pouvoir est sans partage et sans avoir besoin des professionnels de santé que sont les médecins.

J'ai lu que sur l'établissement, il y aurait assez de lits....

Alors, la fermeture de lits, c'est oui. Là, la direction a raison. Mais aux mauvais endroits et avec quand même avec des DMS à certains endroits, très très élevés. Je suis pour la DMS et le benchmarking. Ça c'est bien. Qu'on soit benchmarké avec Nantes qui est vraiment notre hôpital comparatif. Légèrement plus que nous. Ils ont 300 lits de moins que nous mais font plus de T2A. Oui, on a un peu trop de lits, mal orientés. Trop d'hôpitaux dispersés. Une ville comme Strasbourg devrait n'avoir qu'un seul site hospitalier. Éventuellement avec 2-3 bâtiments en cas d'épidémie ou d'incendie. Le bâtiment unique c'est quand même pas bon. Mais des bâtiments, avec passerelles, sur un seul site. 2 sites, la ville est trop petite pour ça. D'où les 2 sites d'urgences, qui sont trop lourds au point de vue fonctionnel. Et je ne parle même pas du pôle logistique pour le SAMU/SMUR 67. Qui est inconcevable, c'est une erreur totale. Mais là pareil, il était prévu aux urgences du NHC, mais ça été trop compliqué (pas de place, et aussi les médecins qui voulaient plein de chose) et finalement là-bas y avait plein de places pour le fonctionnel. Mais en terme humain, c'est une catastrophe. C'est handicapant, pas catastrophe.

Vous pensez que tous les médecins de l'établissement se sentent concernés par les admissions de soins non programmés ?

Non, bien évidemment, ceux qui sont le plus impactés, ceux qui sont le plus en difficultés se sont ceux qui font le plus de soins non programmés. Parce que les soins non programmés, c'est ce qu'il y a de plus lourd. Rien n'est mieux que d'avoir du programmé, même du programmé difficile. Quand vous avait 25 consultations, vous arrivez à votre 25e malade, vous dites : j'ai fini. Alors qu'en médecine non- programmée, vous n'avez jamais fini. Et en plus dans cet hôpital, on ne programme pas le non-programmé. Le non-programmé est la variable d'ajustement. J'ai un lit qui reste, t'as un non-programmé, je te le prends. Même si c'est dans la bonne discipline. Les pôles sont à peu près bien découpés, on peut donc mettre les patients selon les thématiques à peu près dans leur discipline. Les pôles sont médico-

chirurgicaux, donc, par exemple ici, vous prenez gastro en chir digestive, ça ne pose pas de problème. On a progressé dans les hébergements. C'était la galère 2014-2015, maintenant ça devient plus courant. Sauf en cardio où ils ne veulent pas en entendre parler d'hébergement en chir-cardiaque, de malades stabilisés hein.

Parce que l'hébergement, du coup c'est le chir-cardiaque qui le voit ?

Non, non, c'est le cardiologue qui y va. La chirurgie en clair, fait de la literie et les infirmières les voient. Mais le médical, la responsabilité médicale, les prescriptions, c'est le médecin de la discipline. Ça, les cardiologues freinent beaucoup. C'est très compliqué la procédure l'hébergement.

C'est très compliqué la procédure d'hébergement. Professeur Andrés m'a expliqué autre chose. C'est le médecin du service en question qui voit le patient. Alors que j'avais compris que c'était le PH du service hébergeant.

C'est le cardiologue, qui va voir le malade en chir-cardiaque et qui en a la responsabilité. On crée des UF de responsabilités médicales en chirurgie. Alors on héberge qu'en chirurgie. Les pôles sont découpés, ça peut arriver qu'un gastro soit hébergé en rhumato, c'est exceptionnel. La gastro en médecine interne, ce n'est pas un hébergement, les internistes voient les malades. De médecine à médecine. Il n'y a pas d'hébergement, c'est de médecine à chirurgie. La pneumo héberge en chir thoracique, ce n'est pas un problème. Sous réserve d'une pathologie stable et compagnie.

Et on peut héberger, par exemple de la médecine interne en ORL ?

On pourrait, oui. Là dans l'hôpital, il faut une série de tampons à la soviétique. Faut rechercher s'il y a un lit vide en chirurgie, faut rechercher l'interne et que le senior de chirurgie soit d'accord d'héberger. Ok, vous prenez un lit, on héberge. Et après, il faut dire qui en est responsable et appeler le senior du service de médecine qui devra s'en occuper pour savoir s'il est d'accord de s'en occuper dans le service de chir. Il faut au moins 2 accords de senior à senior. Alors quand c'est la nuit et qu'il n'y a personne de garde sur place, c'est l'astreinte qui faut appeler. Et parfois, c'est un 06., il répond pas, faut rappeler. On y passe notre temps.

Vous ne pensez pas qu'on pourrait le simplifier ?

Oui, bien sûr. Mais ça, ça n'est pas notre choix. Nous ce qu'on demande, c'est comme dans d'autres périph, c'est que quand il y a un lit vide, déjà quand il y a un lit vide en médecine, dans la spécialité, il est à nous point. Même si c'est réservé pour le lendemain. Et en périph quand c'est en chirurgie, et de façon naturel, il y a une convention, c'est le service de médecine qui va voir le malade en chirurgie. On demande pas un accord, mais déjà une convention au départ. On appelle, et on dit les urgences ont mis tel malade en lit 14 en chirurgie A et c'est un malade de médecine interne.

Pourquoi ça bloque ça ?

Parce que les services de médecine ne veulent pas de malades des urgences, donc ils font tout pour bloquer. Ils ne veulent pas des malades des urgences, parce qu'en dehors de leurs lits, ils sont déjà pleins, sinon on leur aurait déjà pris. Ou alors ils vont avoir des malades que d'autres disciplines ne veulent pas voir. Les internistes globalement, que ça soit Hautepierre ou NHC, ça leur posent pas de problème d'aller voir des malades en chir A sous réserve qu'il n'en ait quand même pas beaucoup. La preuve, le pôle SMOH, a dans son sein, c'est que de la médecine, médecine interne, immuno, hygiène ; a un service d'ophtalmo qu'a des lits. Pas de problème, ils médicalisent jusqu'à 3 lits de médecine, ça ne leur pose aucun problème, si la pathologie est quand même dans leurs sphères. Ce qu'ils ne veulent pas c'est d'abord en avoir 5-10-25, sans limite. Et c'est aussi de devoir aller se balader dans tout l'hôpital. Parce que le pôle SMOH, c'est qu'un seul étage, qu'ils aillent là ou de l'autre côté, c'est un peu loin, mais pas plus. Mais ils n'ont pas besoin d'aller en chir B, comme autre fois, ou ils ne vont pas au 6e étage. Il faut que ça soit localisé.

Ce qui bloque, c'est que ça soit mal dispatché ?

Ce qui bloque, c'est que d'abord c'est du travail supplémentaire, vous lui en rajoutez dans le service. C'est du travail supplémentaire qui n'est pas reconnu et en plus, il faut que ça soit pratique pour eux, physiquement. Il ne faut pas qu'ils traversent tout l'hôpital. Maintenant sur Hautepierre, la médecine interne médicalise en traumato, le 11e, médicalisée au 4e. Maintenant si on regarde sur Hautepierre 2, ça n'a l'air de rien, les grandes passerelles et tout, il y a moins de 10 minutes de trajet. 10 minutes montre en main. Ascenseur uniquement, vous

pouvez pas faire en escaliers. Les ascenseurs vous attendez. Les ascenseur médecins c'est de l'autre côté, vous devez tout traverser....

Et vous pensez que c'est réalisable de modifier cette procédure d'hébergement ?

Il faudra, oui, il faut aller vers la simplification. Le plus important en simplification, c'est d'abord, le médecin : est-ce que vous pouvez superviser ce malade en chirurgie ? La réponse est oui, on ne demande pas l'avis au chirurgie, le lit est libre, on le prend. On évite un intermédiaire, ça fait déjà un coup de fil en moins. Voir 2, car la nuit, c'est l'interne qui dit, non faut que je demande à mon senior. Le plus important, c'est que le malade soit sécurisé. Déjà ça, ça serait pas mal.

Et tu penses que le médecin pourrait refuser ?

Oui, oui. Ils peuvent. Ils disent, c'est pas ma spécialité, après j'en ai 3, après je suis débordé... je suis peut-être trop gentil, mais faut pas qu'on leur en mette 10, ça c'est sûr. Faut pas que ça soit toujours les même, faut que ça soit partagé. La neuro prendre un AVC, voilà voilà. Neuro-vasc, je veux bien mais pas trop, les autres.... Faut border à 3. Ça serait déjà bien, si toutes ces disciplines prenaient 3 malades en hébergement, ça serait pas mal.

Et en autres leviers ?

L'autre levier, c'est pour certaines disciplines, leur rouvrir des lits. En médecine interne, en gériatrie, le SSR. Il faut fermer en chirurgie pour leur ouvrir des lits. Piquer des infirmières en chirurgie pour les mettre en gériatrie.

Cette vision est partagée ?

J'ai vu le DG la semaine dernière qui m'a dit qu'il va falloir qu'on y revienne. Pour que lui le dise, qui est un prototype de rond de cuir. Mais attention, il connaît tous les chiffres, il bosse mais il a une vision extrêmement étatique et administrative de la gestion, il dit, on n'a pas d'infirmières ... On en est là de la réflexion. Après, si on en est là, il faut piquer du réglé pour y mettre du non-programmé. Il y en a dans l'établissement qui veulent s'en occuper, il faut leur en donner les moyens. Non-programmé n'étant pas forcément des urgences. La gériatrie fait

70% d'urgences et 30% de domicile. Et le domicile, c'est du domicile à 24 h. Du matin pour l'après-midi ou le matin pour le lendemain matin. Et s'il le prennent pas le lendemain, et bien 3 jours après le malade est aux urgences. Ce n'est pas du programmé à 2 mois.

Et les relations avec les autres services ?

Les relations tendues pour certains services. Oui, on est les empêcheurs de tourner en rond. Et ça a été montré, déjà les malades des urgences sont des malades plus lourds que les malades réglés. Parce que les malades réglés, sont déjà venus. Ils ont un dossier, on connaît les antécédents...le relationnel est déjà là. Le malade des urgences n'est pas connu, il y a la famille, ne connaît pas le dossier, faut tout refaire, souvent c'est des malades dont la pathologie n'est pas simple. Faut réfléchir plus, faut senioriser plus. C'est montré. On avait un professeur qui venait de Paris, qui a fait 3 ans ici. Il était post-urgences ou aval des urgences dédié qui couvre 14 lits. Et supervisait un étage de médecine interne de 28 lits. 14 réglés, 14 non-réglés. Et un chef de clinique en permanence. Et quand, il n'était pas là, c'est elle qui faisait la visite en plus ; Il faut passer matin et soir, tous les jours. Pour les réglés, vous passez le matin et le soir vous pouvez faire le tour des infirmières et c'est bon.... Alors que le malades des urgences, faut contrôler, est ce qu'il a encore mal, tension, toujours de la fièvre.....beaucoup plus fatigant.

Comment on pourrait faire pour améliorer ces relations ? On est quand même dans la même barque

Alors je finis, je répondrai à ta question. Sur 2 sites de médecine interne, on a montré que ce genre de malades rapportaient de l'argent. Article de Anne Bourgarit. Fait majeur. (J'ai les chiffres mais je n'ai pas le temps là de les trouver). Ces malades rapportent plus, que des réglés. Le réglé, la 1e fois c'est lourd, mais après ça ne rapporte plus rien. Par contre le 80 ans décompensant cardiaque, diabète plus insuffisance rénale... s'il reste entre 8 et 10 jours, c'est le jackpot.

J'avais visité le post-urgences médical à Purpan, dans le cadre des urgences à Cahors. Il y avait le directeur délégué, je lui ai demandé niveau T2A, niveau financier. Il m'a répondu : c'est indécent.

La gériatrie, les petits vieux déments et tout...3 millions de bénéfiques. Pour 60 lits de gériatrie plus le SSR 110 lits en tout. 3 millions d'euros depuis plusieurs années. Tous les ans bénéficiaire. Taux d'occupation 99,95%. IPDMS 1. J'ai vu le directeur, je lui ai demandé pourquoi un pôle comme ça vous ne le poussez pas ? il y a de la demande, il y a des médecins, il y a des internes qui restent chez lui, il trouve des assistants, vous ne le poussez pas ? Tout le monde s'y trouve. C'est notre travail principal et en plus, l'hôpital est bénéficiaire. Manque de bol, les infirmières ne veulent pas y aller parce que c'est la gériatrie.

Ou alors, il faut renforcer les infirmières pour que ça soit moins pénible.

Il faut renforcer les infirmières et mettre une prime. Et on y vient. Une prime de pénibilité pour la géria aigue.

C'est évoqué ça ?

Ben non. On peut pas, c'est pas possible, après ça sera la cardio. Ils n'ont aucune initiative, n'innovent rien dans cette direction là.

Prime de pénibilité pour qu'ils prennent le non-programmé.

Oui, prime de pénibilité. La gériatrie c'est 70% de non-programmé. C'est plus dur. Et donc cette prime de pénibilité pour s'assurer la médicalisation. Avoir un poste dédié, des postes supplémentaires. Pour ceux qui font du SNP, mais pas comme les neuro, qui ont un patient envoyé par un médecin 8 jours avant. Non, du vrai SNP, où le malade appelle pour le lendemain. Pas une semaine.

On peut aussi imaginer des indicateurs de charge de soins. Je ne sais plus le nom, mais dans cet indicateur, il y a une échelle sur la charge de soins, où les infirmières entrent les actes, la toilette...

Là, il faudrait un audit complet des services de médecines. Pas de chir. Ça va la chirurgie. C'est vrai que des fois la gastro-digestive sont plein, neuro-chir... maintenant, c'est dans la routine, en traumatologie, on l'héberge en en ORL, en chir-digestive, en neuro-chir. Ils hébergent dans ces 2 services là. En ORL, c'est quotidien...

Ça c'est rentré dans les mœurs, mais ça ne rentre pas dans les mœurs de médecine.

Fondamentalement, c'est différent entre médecine et chirurgie. La charge de travail, c'est majeur. Mais on met les chirurgiens, parce qu'est ce qui fait plaisir aux chirurgiens ? Ben c'est le bloc. Plus il y a de malades, plus il opère, plus il est content. Il sort du bloc, il fait le contre rendu opératoire entre 2 malades. Ce n'est pas, le même courrier que celui de médecine interne qui fait 5 pages, où il y a les antécédents familiaux, les allergies, les médicaments, les examens....

Si on améliorait ces relations, est ce que tu penses que ça améliorerait les flux ?

Je ne suis pas un modèle, mais depuis 2012, où je suis arrivé aux manettes, il y a des choses qui se sont améliorées en partie grâce au relationnel. Ce qui fait que, par exemple, la médecine interne prenne plus de malades qu'avant.

On pourrait améliorer le relationnel en faisant chaque semestre des journées interactives pour les internes, via quelques cas cliniques avec des PH... on le fait en radio, ce qui marche très bien. Les radiologues disaient qu'on prescrivait trop, on a regardé ensemble, on discute les cas et ça fonctionne. Chaque semestre, 2 observations. C'est comme ça, qu'on a mis en place des « protocoles », comme pour le low dose scanner thoracique, travail réalisé en commun avec radiologues et urgentistes. Une fois par semestre, on peut croire que ça n'est pas beaucoup, mais mine de rien, en 4 ans les seniors, ça fait déjà 8 fois, ça permet le dialogue, et ça a véritablement amélioré le dialogue, les relations. C'est pour cela que je voudrais passer dans tous les pôles pour améliorer ça. Mais pas seulement par voix officielle, avec l'administration, mais de médecins à médecins. D'autres médecins des urgences accompagnent, quand c'était avec les radiologues on était 4-5 médecins. On avait démarré ça en 2013 jusque 2015, puis ça s'est arrêté car ça n'avancait pas. Mais on est prêt à recommencer. Il faut de l'énergie. Alors ça va très bien en temps non clinique. L'organisation avec la radio ça va pour un PH en temps non clinique. Les secrétaires le note dans l'agenda partagé. Mais il faut le faire la journée. Le soir il n'y a plus personne. Vous en avez fait l'expérience hier soir, 17 désistements sur 29. Dommage le thème était hyper intéressant. Les réunions interservices, pas le soir. Ça ne peut être quand journée, le mieux, entre midi et 2, on peut manger en même temps. Bref, le relationnel est important, mais pas suffisant.

Concernant les craintes que je ressens quant au maintien des effectifs médicaux liées au problème d'hébergements, difficultés d'hospitalisation ? Il y a une véritable lassitude des médecins aux urgences. Je me dis que le réservoir est faible, entre les jeunes et les anciens. Si les jeunes qui se connaissent tous, commencent à partir, ça va vite se déliter. C'est pourquoi je n'ai pas envie d'attendre la fin de ma période d'observation, avant d'essayer de faire quelque chose.

Et en plus, c'est dans le cadre d'un mémoire. Après du sang neuf, une vision neuve ça fait du bien. Faut pas faire le bulldozer, mais pousser un peu, oui ça fait du bien. Il faut être factuel, poser les choses, parce que là, on est dans l'air du temps. En 2017, ce n'était pas possible, les médecins ne s'en allaient pas, mais là, faut regarder comme à Mulhouse ... Mais la crise est là, la mèche n'est pas allumée, mais ça peut partir très vite. Cet hiver va être capital. Soit, ils ouvrent des lits et prennent des infirmières pour la fluidité et ça devrait aller. Soit c'est comme l'année dernière où c'était le bordel, là faut y aller à fond, presse et compagnie, parce que la direction disait qu'il fallait attendre, faire le dos rond et des fois ça passe Mais là, c'est fini....

Qu'est ce qu'on pourrait faire ? Qu'est ce que je pourrais faire ? Si je peux aider....

D'abord, il faut expliquer. Tu dois expliquer au président CME comment ça marche à Cahors. Ce que vous avez mis en place. Après, ils vont dire que Cahors c'est un hôpital périphérique, ici c'est un CHU..., mais on s'en fout, c'est toujours comme ça. Alors les CHU, il y aurait l'exemple nantais qui est de faire l'unité post urgences au sein des urgences, moi je disais ce n'est pas une option, on n'a pas le réservoir. Mais il n'y avait pas le réservoir non plus il y a 15 ans à Nantes, ils ont créé sur fond propre. Mais il y a des internistes qu'ils veulent s'en occuper clairement Pr Andres et Pr Weber sous une façon différente mais veulent s'en occuper, mais faut leur donner les moyens. Encore un interniste avec une vision différente dont je ne souhaite pas parler ici. Mais, ça pose problème, il y a 3 internistes avec 3 visions différentes et 3 énergies différentes. Il y en a un motivé très fort, médicale A pépère et Haute pierre qui freine. Donc, ce qu'il faut, c'est que ceux qui sont volontaire, il faut que l'administration leur donne infirmières et médecins, et en gériatrie, pas d'infirmières, prime de pénibilité et terminé ! Prime de pénibilité comme aux urgences. La même. Et qu'on leur paye leurs heures supplémentaires, je ne suis pas sûr qu'on leur paye les heures aux infirmières. On leur dit CET, mais il y a des centaines d'heures de CET. Ça, ça peut être quelque chose d'immédiat.

Et la simplification des procédures d'hébergement.

La simplification des procédures d'hébergement. Appeler que le médecin susceptible de s'en occuper et s'il y a une place en chir, c'est un hébergement, point, terminé, on ne discute pas. Et là-dessus il faut développer SENTHOS, c'est le logiciel de gestion des lits. Ce n'est pas Améli qui est un truc local. SENTHOS, c'est le médecin, quand il est en consultation, il veut un lit pour un malade tel ou tel jour, il appelle ou fait appeler par la surveillante SENTHOS, et bien, tel jour telle unité, tel lit. Ils ont une vision pour quelle pathologie, et la pathologie est calibrée avec une durée moyenne prévisionnelle de séjour. Et il bloque, 4-5 6 jours... ça peut varier après. Toute la chirurgie la fait, et la moitié de la médecine, enfin 40% de la médecine. Il faut développer la médecine, les 60% de médecine. Pas la gériatrie, c'est pas la peine. La gériatrie il, font déjà leur SENTHOS, c'est pas un souci. Les médecines internes et la cardio ! Ils développent en cardio, une unité, normalement la pneumo, en novembre-décembre. Cardio, pneumo, les médecines internes NHC et HautePierre, il faut absolument qu'ils rentrent dans SENTHOS. Il faut les rassurer. Ils ont peur de ne plus maîtriser leurs lits. Mais on ne maîtrise rien. Et en plus il faut leur montrer qu'avec SENTHOS, même quand ils n'ont pas de lits, parce que le lit libre a été pris, SENTHOS dit oui, mais là au 27-28 il y a 2 sorties. Parce que c'est à l'autre unité. Et le médecin qui fait les 12-14 lits de A ne voit pas l'unité B.

Logiciel de gestion prévisionnelle des lits, c'est ça ? On en avait mis en un en place nous.

Oui, c'est ça. Et les médecins ont la main dessus, s'ils veulent hospitalier, ils peuvent ou pas. C'est pas les hôtesse de gestionnaires de lits qui décident.

Et ça, pour cette unité post-urgences, cette simplification des hébergements, tu penses qu'il y aura des freins parmi le corps médical, par exemple la cardio....

Oui, mais il faut forcer. Ça c'est au directeur, président de CME de forcer....

J'ai activé un autre levier, parce que je connais Jean Sybilis. Et il connaissait très bien mon président de CME à Cahors, qui est aussi rhumato, du coup il lui en a parlé que je revenais. Il m'a dit de passer le voir, du coup j'ai pris RDV. Il m'a dit que si j'avais besoin d'aide, il était là. Donc je lui ai envoyé un message. J'ai pris les devants, je lui ai

parlé des problèmes de lits. Il dit qu'il nous donne tout son soutien. Est-ce que tu penses que ça puisse être un moteur ?

Alors, les relations de l'hôpital et de la fac ne sont pas bonnes.

Alors Mme Billing m'avait dit ça.

Gautier ne supporte pas l'ombrage que peut faire le doyen, le président de l'université. Parce que Gautier est le roi des rois, et depuis qu'il est passé de Pau à Strasbourg, il n'arrête pas de se balader dans le monde, et qu'il est au-dessus de tout. Et que tout ce qui est ses prérogatives, il ne veut pas en entendre parler. Et comme ces prérogatives purement hospitalières. Il ne veut pas en entendre parler. Néanmoins, c'est toujours bien d'avoir même implicitement le soutien de la Fac.

Lui, il pourrait. Je ne sais pas comment il est vu par les autres PU.

Il est très challengé. La dernière élection de doyen, c'était très difficile. Très challengé mais très respecté. Je pense, en tout cas, qu'il n'ira pas saper le truc. Et si les autres se plaignent, il soutiendra, il dira c'est normal, ils cherchent des lits. On aura un allié moral, c'est déjà pas mal.

C'est ce que je me suis dit. Tapons un peu partout...

C'est bien, parce que le relationnel est important. Mais il ne faut pas le faire rentrer dans le jeu de Gautier, ou tout du moins de l'hôpital, parce que d'abord, il ne le fera pas, ou peu et c'est prendre des coups inutiles. Et là, notre direction sera encore plus fermée.

Mais lui pourrait donner l'exemple sur Haute-pierre. Je peux lui suggérer ça.

Oui, oui. C'est assez facile puisqu'il est dans le pôle MIRMED, bon, en même temps sont toujours pleins, la rhumato, mais il se déplacerait sûrement... comment dire, je suis un peu partagé. Alors de temps en temps je leur prends des hôpitaux de semaine, ils ont des lits pour l'hôpital de semaine. Ils ont une réserve. Pas de places dans le service conventionnel, il y a de la place dans l'hôpital de semaine, le mercredi, ben on y met des malades. Alors, le plus dur

c'est le jeudi, et l'hôpital de semaine ferme vendredi. Ben non, le vendredi, on aura trouvé une autre solution. Et Pr Gottenberg (chef de rhumato) est conciliant, ouvert. On a une thèse en commun d'ailleurs. Il est assez ouvert, il est pas opposant. Et d'ailleurs souvent en rhumato, à la période de Noël, il y a de la place, il prend des pneumonies.

Et c'est eux qui gèrent ?

Oui, c'est eux qui gèrent. Malades en rhumato, même si c'est pas de la rhumato, c'est eux qui gèrent. Par contre ils demandent simplement que ça ne soit pas le grabataire dernier stade qui va plomber le service pendant 3 semaines....

Si je lui demande symboliquement, il nous les réserve. 3-4 lits ?

Non, on aura pas 4 lits en rhumato.

On aura pas 4 lits en rhumato ? Même s'ils s'arrangent sur les nuits d'hospit' complète' pour pouvoir hospitaliser...

Évidemment, on peut dire que tassement des vertèbres à 90 ans, c'est de la rhumato, mais bon.... Le malade serait mieux en gériatrie, mais la gériatrie est pleine. Et c'est ça : infirmières en gériatrie et créer des lits de SSR en gériatrie. Là ce qu'il faut ce n'est pas trop de lits en gériatrie aiguës. Ce qu'il faut c'est des lits de gériatrie SSR. Ça aiderait tout le monde, cardio et tout. Et plus les lits de SSR tournent et plus les autres lits de médecines se débloquent et plus ils peuvent prendre de malades. Parce que si nous on a effectif plein, plus les 24 lits de médecine et les lits de gériatrie plus les 14 lits de médecine interne qui vont créer, ils sont entrain de fermer une unité de chir pour ça. Avec un IPDMS à un. On tourne. On n'est pas loin d'y arriver. Là, ce qui nous fout dedans, c'est la fuite des infirmières et des médecins. Là personne ne pouvait anticiper, mais il faut faire quelque chose. Les infirmières de gériatrie, c'est prime. Si d'autres râlent, ils ont qu'à aller en gériatrie. En cardio il manque aussi, mais là ils ont fait du BHR.

En résumé : il manque surtout des infirmières et des médecins pour pouvoir faire tourner certains services et pour pouvoir ouvrir les lits qui devaient être ouverts.

C'est ça, selon le protocole CACNP novembre 2017. Ici ça traîne. A Colmar ça a été ouvert dans les 6 mois.

Les freins, comme tu disais, il y a la direction qui n'écoute pas les professionnels de terrain. Le fait que les soins non-programmés soient plus lourds et qu'il n'y ait une solution de facilité pour certains médecins de ne pas favoriser ces soins non-programmés, qui sont plus lourds. Qu'il y a un problème concernant les hébergements, qui nous aideraient quand même beaucoup, mais c'est une charge supplémentaire de travail pour les praticiens qui hébergent, le problème physique de l'éloignement...

Il faut aller vers la simplification de l'hébergement, ça va pas tout résoudre, mais c'est un petit plus.

Un petit plus, mais je pense que ça serait un bon message pour les médecins des urgences. Andrés disait qu'on ne peut pas toucher à l'hébergement parce qu'il y a un souci de responsabilités médico-légales, faut que tout le monde soit d'accord, on peut pas revenir dessus...comme ça faisait déjà 1h30 qu'on parlait...

Il y a eu un souci, il y a des malades perdus, parce que pas déclarés hébergeant en chirurgie, la médecine interne a découvert ça le soir ou 2 jours après. L'administration a créé pour ça, des unités de responsabilités médicales en chirurgie. En plus le terme : « unité de responsabilité médicale », c'est lourd. C'est tout ce qu'il ne fallait pas faire. Fallait mettre un autre nom. Mais là, les médecins, les chefs de services, Une crispation totale. Non seulement, ils les voient mais sont responsables, si ça va pas, si le patient tombe du lit, on leur met la responsabilité, alors que c'est pas eux....

Oui, à Cahors aussi le sujet de responsabilité c'était pareil. Alors que la réglementation ne dit rien du tout. C'est l'hôpital qui est responsable, pas individuellement un praticien.

Non, mais c'est un terme bloquant. Mais comme l'administration n'est pas futée et qu'ils s'en foutent. C'est tout ce qu'ils ont trouvé à dire. La seule chose qui les intéresse c'est de savoir qui est responsable, c'est le docteur, pas nous.

Alors que c'est l'institution qui est responsable.

Non, ils vont direct chercher qui. Ils ne sont plus fiables. Plus dans le sens de plus du tout. Le lien est défait. J'ai un exemple précis en tête, qui est arrivé cet hiver... Chaque chose en son temps, puis je ne veux pas te faire peur. Ça a été limité, il n'y a pas de conséquences, mais c'est l'état d'esprit qui compte...

La réorganisation des lits, tu penses que c'est l'avenir. Récupérer les infirmières des services de chirurgies qui ferment des lits pour pouvoir ouvrir les lits dont on a besoin. Leur donner du financement. Il n'y a pas d'autres solutions.

Parce qu'en plus notre hôpital est complètement déséquilibré. Il y a beaucoup trop de lits de chir, par rapport à la médecine. Quand ils ont fermé des lits, ils ont plus fermé de lits de médecine qu'en chir dans l'adaptation capacitaire. Oui, c'est plus facile de fermer. Parce qu'ils avaient fermé 25 lits de gériatrie en 2015. C'est plus facile pour eux. Parce que mon homologue n'est pas politisé, il ne fait pas de bruit, il est pas syndicalisé, c'est pas un emmerdeur... il est allé râlé, je suis allé râler avec lui. On a été les 2 seuls. Depuis il en a toujours tenu compte, il dit qu'il n'y a que moi qui ait fait un courrier.

Kaltenbach qui est adorable.

Il m'a dit je t'en serais tout le temps reconnaissant. Bref, mais le DG avait raison en 2015, parce qu'il a fermé 25 lits de gériatrie aigus mais il a ouvert 25 lits de SSR. Au total, on a pris plus de malades en 2015 (ils ont fermé en janvier 2015) qu'en 2014. Parce qu'ils avaient une IPDMS à 0,95/0,96. La clé c'est le SSR, et en plus, ça n'est même pas le financement MCO. C'est un autre financement et donc c'est plus facile d'ouvrir des lits de SSR.

Mais malgré l'augmentation de la population âgée qui va continuer, il a rouvert les 25 lits fermés il y a 3 ans, on continue d'augmenter en termes de gériatrie et en population âgée de plus de 90 ans. Donc il faut encore continuer la gériatrie. Peut-être sous forme de SSR, parce que de nouveau l'IPDMS de Kaltenbach augmente, il était à 0,96, il est à 1,01/1,02. Alors c'est pas beaucoup. En médecine interne ils sont parfois à 1,40, donc il y a de la réserve. Mais ça veut dire sa tendance. Il le dit très bien. Il n'arrive plus à sortir correctement ma gériatrie aigüe. Parce qu'en SSR je suis embolisé et que derrière c'est les EHPADs, mais au moins le SSR. Et le coup des unités BHRE, ça l'a plombé, 25 lits bloqués... on verra l'IPDMS qu'il aura eu cet été. On ne connaît pas encore les chiffres.

Un autre point. Le virage de l'hyper-spécialité. Comme on est dans un CHU, Il y a de l'hyper-spécialité. Globalement on forme vers les spécialités. Est-ce que tu penses que c'est adapté à la population ? Autrement dit est ce que l'on a pris le virage de la médecine polyvalente ?

La médecine polyvalente à Strasbourg est un tabou. Tabou, parce que les internistes disent : moi, la médecine polyvalente, je ne connais pas. Ils ne veulent pas en entendre parler. Par contre, certains internistes seraient prêts à prendre des médecins généralistes dans leur service pour aider à travailler en médecine aval des urgences. C'est pour ça qu'on l'appelle l'aval des urgences. Ici, en Alsace, les termes sont importants. Ça bloque. Si je vais voir Weber et je lui dis : alors tu vas faire de la médecine polyvalente, il va me regarder et dire, je ne connais pas, si t'as pas d'autre sujet, on s'en va. Si tu lui dis l'aval des urgences, tout naturellement médecine interne prend des malades des urgences. N'importe lesquels. Mais si on ne connaît pas les codes, on peut braquer les gens et pour longtemps.

D'accord, il faut parler : aval des urgences.

Oui, aval des urgences c'est très bien. Et donc, il faut équiper ces gens-là. Leur donner des postes prioritaires, et même les payer plus cher.

Et les PH qui sortent. Professeur Andrés disait qu'on formait des hyper-spécialistes. Du coup ils se désintéressent déjà naturellement parce que l'état d'esprit de l'aval des urgences et en plus, ils ne savent plus gérer puisqu'hyper-spécialisés.

C'est clair ! On voit bien que les hyper-spécialisés c'est chez les cardiologues et les neurologues. Si tu fais de l'AVC, tu ne fais pas d'épilepsie et vice versa. Si tu fais de la neuro du tremblement, les AVC tu connais pas.... Cardiologue c'est pareil. C'est coronaro ou rythmo et l'insuffisance cardiaque parent pauvre. Alors que c'est l'insuffisance qui rapporte le plus. Parce que la sécu a drastiquement baissé la T2A sur la coronarographie et la rythmo se développe plein pot depuis 10 ans. La sécu ne s'en mêle pas trop quand ils vont voir que c'est trop cher, ils vont mettre la main dessus et vont baisser drastiquement. Et l'insuffisance cardiaque, c'est la somme des 3, c'est plus subtil, tu fais du polyvalent, là le marqueur monte. Ça pour un directeur ça doit lui parler.

Mais on n'a pas financièrement de comptabilité analytique.

Non, on ne l'a pas, mais la direction l'a. Mais c'est chasse gardée...

Andrés reprochait : je n'ai pas de tableau de bord, sur des indicateurs fiables qui nous permettraient que le corps médical décide de développer telle activité ou de renforcer telle activité.

Je pense que la direction l'a en partie, mais ne cherche pas à le développer. Mais surtout considère que c'est un pré carré à eux. C'est l'état dans l'état. Impensable. Avec ce directeur-là, n'y pensez pas. Un médecin s'occuper de finance. De quoi il se mêle. Il a qu'à baisser ses dépenses. Vous prescrivez trop. Trop de médicaments, trop d'imageries, vous gaspillez. Mais savoir combien on rapporte : niet ! A part un budget de pôle.

Alors moi ce que j'aimerais développer pour mon mémoire et pour après, travailler sur les modélisations de flux vers les services. On a beaucoup travaillé sur les modélisations dans les urgences, il y a pas mal de la biblio. Il y a un peu sur les services mais versant sur un service. J'imagine une unité-tampon, post-urgences où la charge de soins importante serait faite ici, durant les, 24/48 premières heures, ce que fait un peu l'UHCD.

Je dis pareil, c'est ce que fait l'UHCD, c'est plus l'UHCD comme dans les textes d'il y a 15 ans.

Et là on y met un urgentiste et un interniste qui font tourner ça et au bout de 48h, ils orientent le malade, vers l'unité, si c'est de la cardio, pneumo, médecine, gériatrie.... Et ça enlèverait un frein majeur qui est cette charge de soins importantes que dans les unités les médecins n'ont pas envie de faire ou qui ne se sentent pas capable ou que sais-je. Il faudra que je les interroge là-dessus. J'aimerais modéliser ça pour montrer combien ça coûte, combien d'infirmières, parce que là, il y aura un besoin important, sinon on va épuiser tout le monde.

Infirmières et médecins. En gros, il faut un ratio d'un médecin pour 10-12 lits maximal.

J'imagine une unité de 20 lits dans chaque endroit, donc 2 médecins pour chaque endroit. Et une infirmière pour 4-5 malades. J'aimerais modéliser ça.

C'est très bien. Il faut écrire de 48 à 72h.

Ça ne serait pas une unité d'hébergement. Quelqu'un qui a un SCA ou une décompensation de BPCO va à l'endroit où il faut. Et l'UHCD reste une unité où les gens sortent après. L'UHCD doit rester une unité où ils restent 24h et ils repartent. Je pense qu'on pourrait aussi travailler sur l'UHCD sur des parcours rapides. Par exemple je vois l'AIT, il reste 4 jours.

Entretien 3

L'idée c'est de travailler sur les admissions des soins non-programmés sur les Hôpitaux Universitaires de Strasbourg. Vous votre opinion sur les admissions des soins non-programmés aux HUS, comment sont-elles vécues ?

De manière globale ? Moi, je peux surtout parler de façon individuelle, comment ça se passe ici. Nous on ne fonctionne qu'en admission non-programmés. Et je ne peux pas dire quels services fonctionnent de la sorte. À part la cardiologie interventionnelle, la réanimation, nous en unité neuro-vasculaire. Sinon, j'ai l'impression que dans les autres services, c'est plutôt les admissions programmées qui fait qu'il y a un engorgement énorme des urgences. A mon sens, c'est la 1^{ère} impression que j'ai.

Vous pensez que c'est les admissions programmées qui font que ça sature l'hôpital ?

Oui, car à par les périodes où il y a les impôts lits, période de grippe..., des périodes d'engorgements très importants, où on impose dans les services d'avoir des lits vacants, pour justement permettre d'avoir admissions non-programmées ou tout du moins désengorger les urgences, sinon je crois que c'est un peu plus compliqué de faire des admissions directes dans les services. La culture nous dit : faites passer d'abord par les urgences. C'est en tout cas mon impression, mais moi je ne suis pas directement concernée, puisque je n'ai que du non-programmé dans mon service.

Et quand vous dites que c'est les admissions programmées qui saturent, c'est à dire ?

C'est à dire que dans un service de 14 lits, si le lundi vous avez 7 entrées lundi, 3 mardi et 4 le mercredi. Vous n'avez aucune place pour prendre les patients des urgences.

Et pour vous, ces admissions programmées, elles pourraient être prises ailleurs ? De toute façon, il faut qu'elles soient hospitalisées...

Alors là, c'est un vrai problème de fond, je pense qu'il y a beaucoup de patients qui sont hospitalisés en hospitalisation complète, dans ma discipline, la neurologie, qui pourraient à mon sens, être pris en charge en hôpital de jour ou en hôpital de semaine.

Et pourquoi vous pensez que c'est pris en hospitalisation complète ?

Parce que sinon, le service serait vide. Je pense que l'avenir dans beaucoup de discipline, c'est la prise en charge ambulatoire. Je pense qu'il y a une nécessité de réorganisation. En tout cas dans ma discipline à mon sens.

Un AVC ne pourra jamais être pris en ambulatoire. Un patient Parkinson, épileptique... où c'est un rééquilibrage de traitements, je pense, pourrait être pris en ambulatoire, en hôpital de jour.

Il y a un hôpital de jour, hôpital de semaine en neurologie et qui tourne beaucoup. Notamment pour la sclérose en plaque. Elle ne se fait plus que très peu en hospitalisation complète mais plus en hôpital de jour ou de semaine.

Pourquoi est-ce qu'on va plutôt en hôpital de ... ? Donc c'est pour que les lits ne soient pas vides...

C'est très provocateur hein, je pense qu'en terme d'organisation à moyen terme...

C'est quoi ? la pression de la T2A ?

Non mais je pense qu'il faut justifier des moyens dont on dispose. Médicaux ou paramédicaux. Et aussi permettre qu'une discipline existe. En fait, à l'hôpital, on existe si on est responsable d'un certain nombre de lits. On existe peu ou pas, si on s'organise différemment et qu'on ne voit que les patients en ambulatoire.

Le frein au développement de l'ambulatoire, pour toi, c'est d'avoir beaucoup de lits d'hospitalisation complète ou c'est parce que ça prend plus de temps ?

A mon sens, ça nécessite une énorme réorganisation. Une réactivité complètement différente. Quand le patient est dans son lit, on peut programmer les examens complémentaires, J1, J2, J3..., c'est plus facile que tout faire sur une journée. Ça nécessite un esprit de synthèse. Moi, j'ai un hôpital de jour ici, il faut une organisation différente avec un esprit synthétique. Avoir une organisation avec les infirmières qui prévoient tous les examens et avoir un temps de synthèse médicale. C'est une autre façon de travailler. Et qui à mon sens est bénéfique pour le

patient. Mais je ne dis pas que tous les patients pourraient être pris en ambulatoire. Je dis qu'il y a certains qui ne nécessiteraient pas forcément une hospitalisation complète. Après pour le patient qui a une maladie chronique où il faut changer le traitement tous les jours ou vraiment c'est très très spécialisé, où il faut voir l'évolution... ça, ça ne peut pas se faire en hôpital de jour, je suis tout à fait d'accord. Mais il y a certains patients qui auraient bénéfice à être pris en charge de manière courte.

Et là, l'hôpital de jour a assez de lits pour accueillir ces malades ?

Je crois qu'il y a une demande d'augmentation de capacité. Il y a 2 hôpitaux de jours, il y a en neurologie et en neuro-vasculaire.

Tu penses que les chefs de services, les organisations n'ont pas compris, qu'il y avait ce changement à faire dans les services, de passer vers l'hôpital de jour ?

Oui, je pense.

C'est volontaire ou on ne s'est pas rendu compte ?

Je pense un peu des deux. Une fois de plus, il y a des jeux de petits pouvoirs et avoir sous sa responsabilité un service de 20 lits, c'est pas la même chose que d'avoir sous sa responsabilité juste un hôpital de jour...

Est ce qu'ils se rendent compte qu'ils pénalisent les soins non- programmés ?

Oui, mais ça je pense que ce n'est pas leur problématique. Moi j'ai vu pendant des années l'histoire d'impôt lits où chacun était réticent finalement à réserver des lits pour les urgences, clairement. Où les lits étaient pleins le soir et le lendemain matin c'était compliqué d'avoir ces fameux 3 ou 4 lits qu'on demandait. C'est parce qu'il y avait une pression très importante de l'administration que c'était carrément imposé, mais c'était vraiment difficile

Pourquoi c'était difficile alors ?

Parce que c'était n'importe quel type de patient qui arrivait dans les lits, qui pouvaient rester

longtemps, dans des disciplines qu'on connaît pas forcément. Qui peut être une pneumopathie chez le sujet âgé par exemple qui ne peut rester aux urgences. Ce sont des patients qui sont forcément très dépendants et qui risquent de ne pas sortir rapidement et qui vont empêcher la prise en charge des patients de sa propre discipline. C'est de la médecine mais ce n'est pas forcément ces patients qui viennent dans ces lits-là ne sont pas forcément en lien avec sa propre discipline, c'est de la médecine et pas forcément...

C'est ça qui bloque ? Parce que ce n'est pas sa discipline ?

Je pense, un parce que ce n'est pas sa discipline et deux parce que ça va empêcher de prendre des patients de sa propre discipline. Puisque le lit va être pris. Parce qu'en fait dans ces services là avec leurs admissions programmées on sait exactement le nombre de jours, avec plein d'exams prévus, avec un traitement et donc en fait tout s'enchaîne, tout est programmé d'avance et il y a peu de places pour les urgences. Pour des rajouts de patients.

Si on fait un impôt lit on se retrouverait dans la situation à être obligé de déprogrammer ces malades c'est ça ?

Ah oui carrément, dans les faits c'est ce qui se passe. Nous on a jamais eu d'impôts lits puisqu'on ne fonctionne qu'en admissions non programmées, nous. Mais je sais que dans les services où il y a cet impôt lit, à des périodes vraiment difficile, c'est problématique par rapport aux patients qu'on doit déprogrammer et je comprends, je comprends bien.

Et est-ce que tu penses qu'une admission non programmée dans un service c'est vécu comment ?

Mal. Mal. Quand on n'a pas d'appétence pour les urgences, pour la prise en charge de l'urgence, on n'a pas envie qu'on désorganise sa journée.

Et si on a quelque chose qui relève de sa discipline ?

C'est moins problématique. Mais ça peut l'être aussi surtout dans notre discipline qui est très segmentée. C'est-à-dire de la neurologie mais il y a plein de sous spécialités et chaque service est hyperspécialisé. Ça peut poser problème oui.

L'hyperspécialisation c'est un frein ?

C'est un frein pour les admissions non programmées, parce que forcément tu peux mettre en service d'épilepto un patient qui a plutôt un problème de sclérose en plaque, dans un service de sclérose en plaque, un patient qui a un problème de parkinson, voilà. Nous on n'arrive pas à prendre tous les patients victimes d'AVC donc en deuxième intention ils vont en neurologie non vasculaire, et ça c'est un gros problème. Donc nous tous les matins on essaie de les reprendre mais on n'y arrive pas.

Comment c'est vécu une admission de patient en UNV ? Par les infirmières ?

En UNV c'est notre vocation. Les infirmières savent très bien qu'elles vont s'occuper d'AVC en venant ici.

Et comment tu imagines dans les autres services ?

Pas très bien vécu par l'équipe médicale et paramédicale. Quand on arrive dans les services pour les voir on nous dit « c'est un de vos malades ». Or on sait que nous on prend en charge 65% des AVC de l'hôpital donc 35% sont ailleurs. Ah oui c'est pas très bien vécu, non.

Cette nuit j'en ai hébergé un en chirurgie digestive.

Oui je sais avec une hypokaliémie assez sévère. C'est loin d'être optimal

Quelles autres possibilités aurions-nous eu ?

Le garder en UHCD.

Mais s'il n'y a plus de place à l'UHCD ?

Quelque part en médecine mais surtout pas en chirurgie.

Nous, nous sommes souvent bloqués à l'UHCD avec des malades qui n'ont rien à y

faire.

J'entends bien. Mais il faut quand même savoir qu'en chirurgie digestive il n'y a aucune surveillance. Quand on arrive le matin au staff, notre priorité c'est de savoir ce qu'a le patient et surtout où il est hébergé. Puis deuxièmement voir les patients aux urgences. Pour justement vider les urgences. C'est notre objectif du matin. Par exemple ce matin nous n'avons aucune sortie. Or ce patient là je ne veux pas qu'il reste en chirurgie. Pour nous c'est la catastrophe.

Pourquoi c'est la catastrophe ? ça serait un hébergement en rhumato, ça poserait moins de soucis ?

Oui beaucoup moins. Pour les AVC il faut héberger en médecine. Ce n'est pas adapté d'aller en chirurgie. Ce n'est pas leur travail, leur spécialité. Le mieux c'est de garder ces patients dans le pôle. Même en ORL nous avons eu des soucis. Nous, on essaye de les prendre au fur et à mesure. Mais souvent les lundis c'est très problématique. Ça déborde de partout. Et là quand on a un hébergement le lundi c'est la catastrophe.

Les freins à l'organisation des hébergements ? Car on sait parfaitement que dans un hôpital avec les variations d'activités, on aura inévitablement de l'hébergement.

C'est très fluctuant quand même d'une période à l'autre. Là ça fait trois semaines et demi que nous n'en avons pas eu.

Quand tu dis hébergement, tu ne comptes pas l'UHCD ?

Non, pour moi ce n'est pas un hébergement. Il est beaucoup mieux en UHCD qu'en chirurgie

Quel serait l'hébergement idéal ?

La médecine. Ce n'est pas vraiment un hébergement puisqu'on ne peut pas voir les 35% d'AVC en médecine. Ils sont hospitalisés en médecine

Il serait pris en rhumato par exemple ?

La rhumato nous appelle de toute façon, on ne laisse pas un AVC là-bas, mais il ne sera pas hébergé. Parce que nous le problème c'est que nous sommes en sous-effectif médical en UNV déjà. Si on nous rajoute des hébergements, ça veut dire que c'est sous notre responsabilité, donc on se déplace pour aller les voir. On a déjà nous 10 lits de fermés pour sous-effectif médical. Si on nous met les patients qu'on a pu prendre en charge dans nos 10 lits parce qu'on n'a pas assez de médecin en hébergement qu'on doit quand même aller voir, pour nous on n'y arrive pas. De toute façon 35% des AVC sont ailleurs, ils sont hospitalisés ailleurs et les équipes nous appellent. C'est clair qu'un patient en rhumato on ne va pas le laisser. C'est clair qu'un patient en médecine interne, on va le laisser, sauf s'ils ont une problématique spécifique.

Je rebondis sur le problème de recrutement, c'est propre à la discipline ?

C'est propre aux urgences. C'est la même problématique que rencontrent le service urgences. C'est la pénibilité. Lié à l'activité non-programmée, lié à la prise en charge en urgence, la filière thrombolyse. C'est extrêmement chronophage. On a prévu une visite, on ne peut pas la faire. On a prévu une consultation on ne peut pas la faire. On a prévu une consultation on ne peut pas la faire. Comme ce que vous vivez aux urgences. Sauf que nous avons également une activité de soins programmés, des consultations, une visite seniorisé obligatoire. C'est lié à la pénibilité. C'est lié à cette activité de l'urgence, pour laquelle on ne peut absolument rien prévoir de sa journée. Les gardes, nous n'en avons pas beaucoup car elles sont communes avec toute la neurologie. Elles sont difficiles mais on n'en a pas beaucoup. Ce qui pourrait les rendre pénible ça serait le nombre. Mais nous n'en avons pas beaucoup. Par contre nous sommes le portable thrombolyse, nous sommes cinq médecins il y a cinq jours dans la semaine. Le téléphone sonne sans arrêt surtout qu'on fait du téléAVC avec Saverne, Haguenau en 2020 va être en lien avec Saverne et Wissembourg. Ce n'est pas l'activité, en soit ça nous intéresse beaucoup mais on ne peut rien programmer de sa journée, comme vous. Nous sommes très proche de la filière de prise en charge des patients que vous vous avez.

Est-ce qu'il y a d'autres services qui sont un peu sur ce modèle là, dans l'hôpital ? Souci de recrutement lié à ça ?

Je ne sais pas les urgences peut-être ?

Les urgences ce n'est pas ça, les gens savent à quoi s'attendre quand ils viennent. Nous ce qui nous dérange c'est cette difficulté à placer les patients. Là, pour en parler clairement cette patiente, l'interne était bien, mais elle disait vraiment je n'ai pas de place. Et moi ça me faisait mal au cœur de laisser cette patiente là. Sur un brancard toute la nuit et c'est ça qui est très difficile à vivre. En termes d'humain on a l'impression de vraiment très mal travailler. On renvoie des gens à domicile parce qu'on se limite. On se dit ça sera toujours des patients en moins. On a l'impression de faire du mauvais travail. Et on sait bien que les problèmes de saturation des urgences est lié aux problèmes de boarding. Plein d'études montrent qu'il y a une augmentation de la morbidité dans les services d'urgence lié à ça. Et on voit bien que plein de patients sont mal pris en charge. Et c'est ça qui est difficile à vivre aux urgences.

Pour moi ça rentre dans la problématique de l'activité des soins non programmés dont on fait partie, c'est inévitable. Nous, notre problématique c'est de ne pas pouvoir prendre. Vous votre problématique c'est de ne pas pouvoir envoyer. C'est la même problématique. Par contre savoir un patient hébergé il y a un réel risque pour le patient car on sait qu'on va le voir le matin mais qu'après il ne sera pas surveillé.

Quelle serait la solution alors ?

Là, si on devait rêver une organisation. Il faudrait 60 lits pour prendre en charge tous les AVC et qu'il n'y en ait nulle part ailleurs. , Car les 48 lit que nous avons actuellement ne suffisent pas du tout à prendre tous les AVC. Nous, on a annoncé ces chiffres depuis 2000. Nous avons des problèmes comme vous d'aval. Autant la rééducation d'un patient neuro il n'y aura aucun problème. Autant le patient âgé lourd. poly-pathologiques dépendants qui ne peut pas rentrer à domicile. Pour lequel il n'y a aucun séjour possible ou aucune EHPAD. La problématique est donc que nous n'avons pas assez d'aval et que nous n'avons pas de lit suffisant. La problématique risque d'être gérée dans l'année et demi à venir puisqu'il y a une deuxième unité qui va ouvrir à Haguenau courant de l'année. Ces 20 lits qu'il manque, vont être créés. Là, l'idéal ce serait que tous les AVC hors réanimation et pédiatrie soient répartis dans les 2 UNV bas-rhinoises. C'est prévu pour fin 2020. Car je suis animatrice de filière AVC pour l'Alsace. Nommée par l'ARS je suis chargée de l'organisation régionale.

Et sur l'hôpital si on devait imaginer une organisation du non programmé en dehors de

la filière neuro-vasculaire, tu imaginerais quoi ?

Moi je pense que l'impôt lits devrait être à l'année. C'est-à-dire que tout le monde devrait contribuer au désengorgement des urgences par exemple dans n'importe quel service de 20 lits, on devrait fonctionner avec 16 lits pour le programmé et toute l'année tous les jours 4 lits réservés pour les soins non programmés des urgences. Ceux qui jouent le jeu c'est les gériatres toujours, les internistes aussi, en particulier en médical B, c'est historique. Ça devrait être pour tout le monde ainsi. Il faudrait évaluer le nombre de lits qu'il faut laisser aux urgences 4-6-8...

Et quels sont les freins pour ne pas mettre en place cela tu penses ?

Les freins pour ne pas tendre à ça, c'est que tous les services voudront garder tous leurs lits pour leur discipline. Je pense que c'est au moment des négociations avec l'administration pour les moyens octroyés, parce que c'est la direction qui valide tous les besoins, il ne faut pas se leurrer, qu'on met à plat tous les besoins. On leur dit voilà vous avez les moyens pour 20 lits mais dans votre projet sur ces 20 lits, 4 sont aux urgences. Et si c'est vide, c'est vide.

Est-ce que tu penses que volontairement les gens gardent des patients dans des lits ou organisent des admissions programmées pour garder les lits occupés ?

Pour ne pas être embêté, les week-ends, oui, nous on le voit en garde. Ils le font pour être sûr que le lundi ils soient sûrs de prendre leurs admissions programmés. S'il y a neuf ou 10 lits qui sont pris le lundi par les soins programmés et que le week-end les urgences ont rempli les lits c'est problématique.

En se mettant à la place des chefs de service, on peut se demander s'ils ne font pas ça aussi pour préserver leurs équipes. Éviter les soins non programmée les patients qui viennent des urgences, des patients qui ne sont pas de ma discipline, cette pénibilité je vais la payer par des difficultés de recrutement.

C'est possible. Je pense que ça dépend du nombre de lits. Si tu remplis le service avec des patients très lourds ça va être mal vécu. Je le vois bien le week-end en neurologie il y a souvent beaucoup de lits le week-end et on les remplit avec des patients très lourds ça peut

être compliqué parce que les moyens ne sont pas en adéquation. Ils ont un nombre d'infirmières pour les admissions réglées et pas pour les urgences. Moi j'ai des moyens pour l'urgence. Il y a un problème de moyen paramédical. Ça je comprends que ce soit un frein. C'est pour ça qu'il faudrait une répartition équitable dans chaque service et pas toujours les mêmes services. On voit bien je pense que vous voyez la contribution de chaque service.

Oui on le voit bien et en plus on les fait exploser. Puisqu'ils travaillent déjà beaucoup tout le monde est sous pression et ils n'arrivent pas à garder les infirmières, les médecins. Médical B typiquement il n'y a plus d'infirmières qui veulent venir travailler, des médecins épuisés, il y a des semestres sans interne. On se tire une balle dans le pied.

Par contre il y a toujours à mon sens trop de lits de chirurgie. Et puis dans ce cas-là il y a pas d'intelligence dans le sens de redistribution des moyens paramédicaux. Faudrait que ces infirmières qui n'ont pas de malades puissent être relocalisées dans des services de médecine pour donner un coup de main. En termes de management il y a des choses à faire

Est-ce qu'on peut imaginer les soins non programmés autrement qu'un problème pour l'hôpital ?

Ça ne devrait pas être un problème puisque la médecine est normalement l'admission de soins non programmés. On est bien content de pouvoir faire le 15 et d'être soigné pour son infarctus.

Oui l'infarctus c'est comme l'AVC, il y a une filière sanctuarisée. Le problème il n'est plus là.

Il y a le problème des infections il y a le problème des gens qui ne peuvent pas rester chez eux ... C'est un exemple mais on est bien content de trouver pour soi ou sa famille un accès aux soins en urgence quel qu'il soit.

Et pourtant je me pose la question est-ce que l'hôpital d'aujourd'hui est adapté aux besoins non programmés ?

Ah non, c'est un problème d'organisation. Je pense que les moyens sont là. À mon sens ce

n'est pas un problème de moyens. Je pense que c'est vraiment un problème d'organisation.

On a beaucoup de services très spécialisés. Alors qu'il faudrait des services de médecine pour des patients poly-pathologiques lourds. Avec peut-être des soignants plus nombreux.

Et des médecins qui soient peut-être plus polyvalent. Je vois bien que nous à notre niveau nous sommes obligés d'être polyvalents parce que l'AVC c'est souvent le patient âgé poly-pathologique qui a tous les facteurs de risques, qui s'infecte, qui fait des complications, donc on est obligé de garder un pied dans la médecine générale mais je peux comprendre aussi que certains médecins ne sont plus assez à l'aise, puisqu'ils sont hyper spécialisés. Il y a aussi cette peur là. C'est de ne pas savoir gérer.

Comment vous qualifieriez-vous votre relation avec les urgences ?

Excellente. J'ai été interne aux urgences volontairement avant de commencer mon internat. Donc la problématique je la connais bien, et on travaille en étroite collaboration. Il y a des fois où on peut ne pas être d'accord mais je pense que nos relations sont excellentes. Je vois régulièrement, Pascal je fais des formations aux urgences. Mais par contre il ne faut absolument pas mettre en chirurgie digestive (rires). On a l'impression qu'une fois que le patient pour vous il est quelque part, forcément vous n'avez plus à vous en préoccuper. J'ai été interne aux urgences je sais comment ça se passe. Votre objectif c'est d'avoir un point de chute, je comprends mais il faut que le point de chute soit adapté au patient et pour moi la chirurgie digestive ce n'est pas adapté. Qu'est-ce qu'il restait comme lits en cardio au NHC il fallait les mettre là-bas c'est de la médecine ?

Je dois avouer que je suis passé par le cadre responsable. Je ne connais pas encore tous les tenants et aboutissants. Et je n'ai pas encore été au NHC.

Combien de lits il restait en cardio ? S'il ne restait qu'un ou deux lits il faut les garder pour la coro. Surtout que normalement les hébergements se font au sein du pôle, là c'est hors pôle. Il faudrait imposer que dans les pôles, car les patients hébergés ailleurs c'est très inquiétant ça m'inquiète beaucoup parce qu'on s'est trouvé dans des situations très complexes. Et comme on est déjà en sous-effectif médical, mon assistante elle va passer 2 heures là-bas, et pendant

ce temps elle ne fait pas la visite ici. Donc pour nous c'est un frein.

Je trouve que la procédure d'hébergement est très complexe et pas adaptée à la réalité des faits aux différentes pathologies qu'il peut y avoir.

D'hospitaliser dans les mêmes pôles ça facilite la donne. Les infirmières du pôle souvent tournent et connaissent les différents secteurs et certaines infirmières changent de service donc elles connaissent les pathologies. Par exemple tu mets quelqu'un en neuro-chir pour nous c'est moins problématique qu'en ORL. Un AVC en neuro-chir il y a une logique médicale.

Globalement une bonne dynamique avec les urgences même s'il y a quelques frictions

Mais non il n'y a pas de friction. On a le droit de ne pas être d'accord. Il y a beaucoup de mouvement dans l'effectif médical aux urgences qui fait que les procédures ne sont pas forcément connues et les gens ne se connaissent pas. Il faut qu'on base nos relations sur la confiance. Tous les 6 mois il y a souvent quelques problèmes avec les changements d'internes mais ça c'est le propre de ne pas se connaître. Pour moi on a la même activité vous et nous. Donc nos relations sont bonnes et nous avons les mêmes problématiques d'aval. C'est le même combat, on travaille ensemble.

Est-ce que tu veux rajouter quelque chose ?

C'est bien les évaluations mais je pense qu'à l'hôpital il y a beaucoup d'évaluations. Mais il y a peu de choses qui sont appliquées après. Là, tu vas faire un gros travail spécifique sur les admissions des soins non programmés. On va dire c'est très très bien ce que tu as fait. Mais il va falloir être très motivé pour qu'il y ait quelque chose qui en sorte que ça aboutisse à quelque chose. Ces problèmes, on les a constatés plein de fois. Oui effectivement il n'y a pas assez de lit, pour la médecine complète, et oui, il ne faut pas mettre les patients de médical en chirurgie. Et vice versa. Mais je ne sais pas comment toi tu vas faire pour que ça marche.

Mon premier objectif ce n'est pas d'arriver à tout changer. Mais déjà de comprendre, j'ai appris en management que quand une organisation ne marche pas, il faut regarder par une autre fenêtre de la maison. Là on insiste sur l'ouverture de lits. Théoriquement

en gériatrie et en médecine interne il y a des ouvertures de lits. Mais on n'arrive pas à recruter et il n'y a pas de perspective. Je pense que la stratégie de dire : j'augmente le nombre de lits dits de médecine polyvalente n'est pas forcément la bonne solution.

Non effectivement moi je pense que c'est une question d'organisation.

Effectivement je ne veux pas me placer que d'un point de vue du médecin urgentiste qui veut que la personne soit partie, je ne me mets pas dans cette procédure là. Mais on sait que rester aux urgences sur un brancard, on augmente la morbidité. Alors que l'hébergement en service n'augmente pas cette morbidité. Il n'y a pas de vraies études là-dessus mais on a fait des modélisations et même si on ajoute des risques liés à l'hébergement il sera toujours inférieur au risque de rester en attente aux urgences surtout quand le service est saturé. C'est pour ça qu'il y a des fois où je fais des choix qui peuvent paraître de l'extérieur négatif. Bref je me place dans la position du service et je pense que cette charge de travail initiale est extrêmement difficile. Ça fatigue toutes les équipes. Et je me demande s'il ne faudrait pas une unité tampon pour ces malades là. Où ils seraient pris en charge avec l'énergie qu'il faut pour les examens supplémentaires. Ça serait un service où ils ne resteraient pas hospitalisés cinq jours. Ils resteraient 48-72h

On veut tous que ce soit optimal. On a tous ce stress de l'aval, je me souviens quand j'étais aux urgences. Ici c'est pareil tous les jours on a la même stress. On commence la journée on se dit on va avoir combien de lits pour prendre en charge les urgences à venir, c'est même pas pour ceux qui sont ailleurs car ça c'est une autre problématique. Et je me souviens aussi qu'aux urgences ma hantise était de ne plus avoir de brancards. Et je peux comprendre que du coup sortir un patient des urgences dans n'importe quel service même pas adapté, ce soit une solution pour les urgentistes. Nous regardons tous les jours si les patients des urgences ou de l'UHCD qui nous concernent, ont pu être placé ailleurs quand on n'a pas de place. Donc tous les jours on regarde et on voit qu'un patient qui relève clairement de la gériatrie, ça faisait 4 jours qu'il était à l'UHCD. Donc on l'a pris mais nous ne sommes pas gériatres. On est médecin on sait faire mais la gériatrie c'est quand même une spécialité à part. Ce patient va rester chez nous 6 mois, il n'y aura aucune solution de trouvée. On a pris comme parti de le prendre, il a développé des escarres à l'UHCD, il a une pneumopathie, il est venu avec une hypokaliémie qui n'a pas été corrigée mais pour moi c'était une perte de chance qu'il reste

chez vous. Mais notre conviction médicale est qu'effectivement il ne faut pas qu'il reste chez vous ça serait pire. Mais ce n'était pas un patient pour nous. Et il en prend un lit à quelqu'un qui aurait plus besoin de cette place dans notre service. Il n'y a effectivement aucun sens à être pendant quatre jours à l'UHCD. Et c'est là, où je me dis qu'il y a un problème d'organisation, les équipes changent, certains jours le dossier n'a pas été repris. Avoir des escarres, une hyponatrémie, une hyperkaliémie, c'est pas possible. Au sein même des urgences il y a un problème d'organisation car je pense qu'au bout de quatre jours il devait quand même y avoir une fois un lit pour ce malade en médecine. Avoir des escarres ce n'est pas possible.

Nous ne sommes pas formés pour ce genre de situation...

Puisque les patients ne doivent pas rester chez vous...

Nous avons effectivement le même langage nous sommes sensibilisés à la notion de soins non programmés. Tous les médecins ne sont pas comme ça dans l'hôpital. Tu dirais combien de pourcentage de médecins se disent j'ai une mission d'admission non programmées ?

On peut se rendre compte de ça quand on a bossé aux urgences. Ou quand on est sensibilisé à l'urgence.

Très peu de médecins donc ?

Non parce qu'il y a aussi des médecins qui ont choisi le service public et les hôpitaux, et qui ont cette conviction. Il y a des médecins qui voient l'intérêt collectif. De toute façon quand tu travailles à l'hôpital public tu ne peux voir que l'intérêt collectif.

Donc tu penses que la majorité des médecins ont envie

Mais non pas la majorité des médecins. Pour être médecin il faut avoir une vocation, regarde autour de toi, tu en vois beaucoup. Tu vois beaucoup d'empathiques autour de toi ? Non ... Et encore moins dans la jeune génération où l'objectif est la qualité de vie. Et ils ont raison sans doute. Tu passes plus de temps de ta vie ici, je pense qu'il faut relire le serment d'Hippocrate

et je leur dis souvent : relisez le serment d'Hippocrate.

Ils considèrent que ce n'est pas leur problème ?

Ils considèrent qu'ils ont d'autres problèmes. Ils ont déjà beaucoup de problèmes Quand tu fais le mort, tu fais le mort et quelqu'un d'autre va s'en occuper. Et quand on récupère un patient lourd de l'UHCD ça fait effectivement suer toute l'équipe, Ils ne sont pas contents au sein de ma propre équipe. Mais tous les matins je vérifie que les patients AVC de l'UHCD soient bien partis. Tous les matins.

Tu as vu la clinique AIT ? Comment tu le trouves ce modèle ?

Je le trouve très bien, je suis allée le voir à Lille, et je suis allée à Bichat. C'est très bien c'est mon projet depuis très longtemps. On n'a pas pu le mettre en place parce que nous n'avions pas l'I.R.M. H 24. C'était un facteur limitant.

Là tu as des AIT qui restent 4-5 jours ?

Non, on ne peut plus se permettre ça donc on les garde une nuit. C'est quand même une nuit. Mais je pense que c'est sécurisant d'avoir pu les scoper, d'avoir l'échographie cardiaque. Il faut garder les accidents mineurs car eux ils peuvent récidiver.

Oui c'est bien parce que moi je vois à l'UHCD des patients qui restent 48 heures à l'UHCD pour des AIT parce que plus de place chez vous.

Ce qui a beaucoup changé la donne c'est l'IRM dédiée aux urgences et que nous faisons systématiquement les échos chez nous de ces patients (transcrânien) tous les patients qui sont dans les urgences et qui ont fait AVC ou AIT et qui ne viendront pas chez nous auront de toute façon chez nous l'écho.

L'angio -TSA suffirait ?

Alors l'angio-TSA on pensait que ça suffisait, mais on a eu des surprises quand on a fait les échos. On a trouvé des choses que l'angio-I.R.M. ne montrait pas. Quand il y a le moindre

doute nous faisons l'écho.

Merci pour l'entretien.

Entretien 4

C'est l'attrait de la ruralité, les urgences rurales.

À ce n'est pas du tout la même urgence, là-bas quand les gens viennent ça doit être de vraies urgences ?

Oui, ce n'est pas du tout la même population. Je râlais contre les gens qui ne voulaient pas s'occuper de leurs parents, mais alors là, c'est puissance 10 ici.

Ah bon vous trouvez ? C'est partout pareil en France je pense non ?

Je pense qu'en la ruralité c'est différent il y a toujours des réseaux, de l'aide. Là on est saturé de gens qui ont des problèmes comme fracture du bassin où il n'y a pas de place dans les services, et qui restent bloqués à l'UHCD et faire entendre raison à la famille les problèmes de l'hospitalisation délétère, les enfants n'en ont rien à faire du tout. Après notre point de vue est biaisé puisque nous n'avons que cela justement. Ça n'est pas forcément représentatif, ... Mon premier stage d'externe c'était ici, il y avait le professeur Duclos à l'époque. Qui est à la retraite depuis peu. J'aimerais savoir votre opinion sur les soins non programmés, les admissions aux soins non programmés, en général, et dans votre service ?

L'admission non programmé le problème c'est que les services ont changé. Avant nous avions des hôpitaux de semaine. L'hôpital semaine permettait d'absorber les soins programmés. Le problème c'est que cet hôpital semaine n'est pas rentable pour la tutelle car par définition ça ouvre le lundi et ça ferme le vendredi on peut travailler au maximum à 68 %. Ce qui fait qu'en France qu'il n'y a plus de système d'hôpital de semaine. Moi je viens de Paris, et l'hôpital de semaine a été fermé aussi. Ce qui fait que maintenant toute cette activité programmée se retrouve dans des lits d'hospitalisation conventionnelle et donc ça change un peu notre activité puisque nous avons une plus grande activité programmée donc nous avons besoin de tous ces lit pour notre activité programmée et bien sûr lorsqu'il y a une activité non programmée qui débarque, on est bloqué par ces patients. L'activité non programmée dans notre service c'est un peu près 2-3 patients par jour bien sûr avec des pathologies

gastroentérologiques ça peut être des hémorragies digestives, des angiocholites, des cancers..., des gens qu'on doit prendre rapidement. Et bien sûr ça désorganise complètement notre activité. Car notre activité principale maintenant c'est essentiellement une activité programmée : bilan pour cancer, un bilan pancréatique, un bilan lithiases, c'est des bilans qu'on fait sur deux jours, ou de l'endoscopie bien sûr programmée. On a un problème de lits d'aval, clairement aussi pour nos patients de soins continus qui sont hospitalisés pour des pathologies sévères qui ensuite peuvent passer en salle puisqu'il ne nécessite plus une surveillance continue. Ce qui fait que ces patients embolent les soins continus, de sorte que les patients en continu sortent directement chez eux. Ce qui n'est pas normal.

En quoi cela désorganise votre activité une admission non programmée ?

Parce que notre activité est programmée sur les 2-3 mois à venir et on a besoin de tous ces lits.

Vous ne gardez pas de marge pour ses admissions là ?

Le problème c'est de garder, on pourrait sanctuariser des lits, par exemple, un ou deux lits. C'est ce qu'on a essayé de faire dans notre projet de filière d'hémorragie digestive qui est toujours en cours de validation. J'écris un projet sur l'hémorragie, il est toujours en cours. Il y a Monsieur Bilbault il y a des réanimateurs, des anesthésistes avec une charte. Et l'idéal effectivement ça serait pour les hémorragies digestives, qu'on puisse sanctuariser un lit chez nous dans notre service. Mais ce n'est pas possible actuellement de sanctuariser un lit pour cela, car s'il y a une urgence la nuit, le lit est réquisitionné, le lit est pris. Je veux bien garder un ou deux lits dans pour les urgences dans le service mais de toute façon il va être pris ça va être compliqué il y aura toujours quelque chose, les chirurgiens vont nous appeler, les réanimateurs : il faut reprendre ce patient...

Vous ne pouvez pas garder de lits parce que les lits...

Non un lit vide plus de 24 heures actuellement c'est impossible.

Mais il serait utilisé probablement ce lit ?

Ça dépend, c'est très variable. Il y a des semaines où on nous appelle beaucoup moins des urgences pour prendre des patients donc les lits ne peuvent pas rester vides indéfiniment on ne peut pas laisser de lit vide car nous travaillons trop à flux tendu. Moi je manque de lits dans mon service je pourrais travailler avec deux fois plus de lits, c'est pour ça que nous faisons cette activité programmée pour que les patients soient chez nous le moins longtemps possible. Nous notre durée moyenne de séjour a encore diminué. Le chiffre critère est de deux. On n'y est pas encore tout à fait, mais on a diminué parce qu'on a cette activité programmée. Le problème c'est que si arrive un patient non programmé, par exemple une chute chez des personnes âgées. La personne est restée un mois parce que personne n'en voulait, elle ne peut pas rentrer chez elle, on va demander un SSR mais cette demande prend quelques semaines.

Vous pensez que c'est un frein, l'aval des services à prendre des patients ?

C'est un énorme problème. En soins palliatifs, c'est pareil il faut attendre quelques semaines avant d'avoir une place donc ce genre de patients embolissent les lits pendant des semaines.

C'est donc très mal vécu ces bed blockers ?

Oui c'est mal vécu. C'est des patients qu'on garde où on ne fait rien. D'un côté on a des patients avec des soins programmés et de l'autre côté, on a ces patients qui restent très longtemps et qui embolissent un lit. Tout ça pour dire que sanctuariser un ou deux lits pour une activité, c'est très compliqué car le lit ne restera pas. Si les urgences alimentent ce lit tous les jours avec des patients qui ont des hémorragies bien sûr on pourrait dire qu'on garde un lit mais c'est pas le cas c'est trop en dents de scie.

Et en plus vous ça serait un lit qui partirait pour la médecine polyvalente. Et ça vous n'y tenez pas parce que c'est des patients qui potentiellement bloquent les lits.

C'est un patient de 80 ans, isolé, carrément ça embolise un lit.

Comment c'est vécu ces admissions de soins non programmés dans le service par les médecins ?

Bon, ça râle, mais c'est surtout par les cadres parce qu'elles font une programmation et quand

on arrive le lundi, les lits ne sont plus là puisqu'ils ont été pris par les urgences. Et ce qui se passe aussi, c'est que comme il y a cette activité programmée, les lits sont libérés pour le week-end. Très souvent nous avons des lits libres, le week-end. Alors on prend des patients des urgences et donc quand on arrive le lundi avec les admissions programmées, il y a des lits prévus pour ces patients qui manquent. C'est un problème. Et vraiment c'est parce que l'activité des services a changé, il y a beaucoup d'activités programmées que nous n'avions pas avant. Et ça c'est du fait de la fermeture des hôpitaux semaine.

Et les médecins est-ce que ça leur pose souci d'avoir ces patients non- programmé, je pense dans leur discipline, non ?

Non Dans leur discipline non.

Et d'une autre discipline par exemple une personne âgée qui a chuté et qui a un souci pulmonaire ?

Oui là c'est plus compliqué. En plus le problème quand c'est des patients qui ont des polyopathologies, on essaye de voir avec d'autres services mais les autres services ne les prennent pas. Il faut que les médecins viennent donner un avis. Ça prend beaucoup de temps, c'est sûr que ça c'est pas très bien vécu par le corps médical, surtout pour les très âgés.

C'est mal vécu pourquoi vous pensez ? Est-ce que c'est souvent des patients très compliqués ?

Non ce n'est pas parce qu'ils sont trop compliqués c'est parce que c'est des patients qu'on dit qui n'a rien à faire chez nous. C'est des patients qui ne sont pas dans la spécialité et qui pourraient rentrer chez eux, mais qui ne peuvent pas parce qu'ils sont isolés ou trop âgés.

Et ça ça agace les gens ?

Oui.

Pourquoi ça les agace, C'est très intéressant ?

Moi ça m'agace aussi quand je fais des visites et que je vois la même personne 3 semaines de suite, ces patients parce qu'ils restent longtemps. Si c'est un patient a une embolie pulmonaire on va le prendre en charge et puis voilà. Le problème c'est le patient qui reste. Nous avons une assistante sociale qui est très bien qui est très active mais c'est vrai qu'il y a des patients qui restent là très longtemps.

Vous avez des difficultés de recrutement de médecin ou de fidélisation, des problèmes de de turn over ?

Non, nous n'avons pas ce problème il y a des gens qui veulent venir.

Est-ce que vous pensez qu'il y a un lien entre le fait que la majorité de l'activité soit de l'activité programmée ? Est-ce que vous pensez que c'est un facteur attractif pour les nouvelles générations ?

Oui parce qu'on voit des pathologies intéressantes en hépato-gastro, C'est très varié. On voit vraiment de tout je ne pense pas que ce soit un problème.

Et au niveau paramédical ? Est-ce que pour les infirmières c'est un souci les admissions non programmés ?

Oui c'est toujours le même problème : ça désorganise le service. Il faut préparer des chambres des fois il faut changer les patients de chambre car il faut des femmes avec des femmes. . Et le problème qui se rajoute c'est que tous les BMR c'est la catastrophe. Les contacts tout ça c'est un surcroît de travail énorme et ça désorganise le service.

On a quand même l'impression, je le vis comme ça aux urgences, dans l'hôpital où j'étais avant, on avait essayé de mettre en place de faire partager la tâche par l'ensemble des services. Ici et dans d'autres hôpitaux j'ai l'impression que l'admission des soins non programmés dans les hôpitaux, ça n'est pas partagé. On a l'impression que l'hôpital fonctionne avec des spécialités d'organes, et nous avons une grosse partie de la population qui est polypathologique et donc quand ils viennent c'est plusieurs trucs qui déconnent en même temps et on n'arrive pas à les mettre dans les boites qu'on a créé à l'hôpital.

Oui oui c'est vrai qu'on est dans les pathologies d'organe. Mais à partir du moment où le patient a une pathologie qui est en rapport avec la spécialité ici dans le service ça ne pose pas trop de problème. On a l'habitude, on prend des patients avec des cirrhoses NASH qui ont des problèmes rénaux, des problèmes cardio-vasculaires on sait faire. Clairement ce n'est pas le souci pour nous c'est un problème de volume et c'est le problème de durée de séjour. On prend tous ces patients ce n'est pas un problème même si c'est en dehors de la spécialité à la limite. Mais il faut que ça tourne c'est hors de question que le patient puisse rester un mois là ça désorganise complètement les soins programmés.

Est-ce que vous avez entendu parler du besoin journalier en lit ?

Nous quand j'étais à Saint-Antoine nous avons mis en place le « bed manager ». Il y en avait un pour le service. Ça je trouve que c'est très bien et le mieux ce serait d'avoir un « bed manager » pour l'hôpital je pense que c'est un métier à temps plein. Le problème c'est que ce n'est pas dans la culture du service public. Dans le service public c'est le médecin qui manage et qui passe son temps à chercher des lits. Les urgences c'est l'exemple type, vous passez la moitié de votre temps à chercher des lits. C'est quelque chose qu'on pourrait dédié à une personne, bed manager qui serait là pour voir où il y a des lits et faire avec correspondre la spécialité. Dans les pays anglo-saxons, ça marche comme ça et ça marche très bien.

Ici c'est une personne qui nous dit où il y a des lits mais c'est à nous de faire les démarches ensuite. Souvent le lit est réservé ou déjà occupé et ça ne sert à rien. Non le besoin journalier en lit est en fait un « impôt-lit » qui a été mis en place et chaque service doit garder un nombre de lits pour les admissions non programmés.

Ça c'est partout il faut toujours garder quelques lits pour les admissions non programmée mais effectivement je n'y arrive pas c'est très compliqué de garder un lit vide.

Quel fonctionnement imagineriez-vous pour arriver à ça, Car nous avons une saturation il y a quand même beaucoup de gens que nous n'arrivons pas à placer car ce sont de gens que personne ne veut. Vous le disiez, ce sont des bed blockers. Dans un monde idéal qu'est-ce que vous auriez imaginé ?

Dans un monde idéal ce serait d'avoir plus de lit et plus de moyens. Nous on augmente notre activité avec moyens constants. Je suis là depuis deux ans, l'activité d'endoscopie a explosé, l'oncologie a explosé, l'activité des pathologies a explosé. En oncologie, on est à plus 30 % avec des moyens constants, c'est aussi simple que ça. On manque de moyens, l'administration, la tutelle sont contents qu'on augmente notre activité mais d'un autre côté dit que c'est toujours à moyens constants.

Donc on ne peut pas vous demander d'augmenter votre activité programmée et de rajouter en plus...

Il y a une aile qui va se vider apparemment, c'est l'oncologie mais nous on pourrait peut-être la récupérer mais c'est un niet catégorique : il n'y aura pas de nouveau lit pour nous ni de nouveaux effectifs.

Qui est-ce qui bloque ?

La tutelle, la direction. Je vous donne cet exemple : l'oncologie avec la fermeture du Centre Strauss Notre activité d'oncologie a explosé. Et donc tous les patients de bachelier et de Rohr étaient envoyés au CPS chez Pr Dufour, c'était très bien. Le CPS ferme. Et donc l'activité d'oncologie a explosé est chez nous. Dufour arrive chez nous, il a récupéré toute cette activité, on doit être à +100%. Vous demandez à l'administration et l'administration vous dit non il n'y a pas plus de moyens. Si vous êtes pas content vous les envoyez à l'ICANS. Mais moi les patients sont là qu'est-ce que je fais ? Tout est comme ça. Quand j'étais nommé ici, c'était pour essayer d'organiser l'hépatogastro, la réunification des services et surtout on m'a demandé d'augmenter l'activité. L'activité a fortement augmenté mais les moyens non. Il y a un moment où le personnel se met en arrêt. Les médecins ne sont pas contents.

Pourquoi ils se mettent en arrêt ?

Parce qu'ils ne sont pas contents, ils souffrent. En plus, ici nous avons un gros déficit d'infirmières. Les postes restent vacants sur le pôle, nous avons 14 postes vacants. Et on n'arrive pas à combler la baisse d'infirmières. Comme c'est à moyens constants, les gens souffrent. Et quand on veut recruter des infirmières, les gens ne viennent pas. Elles ne sont pas super bien payées et en plus, on sait que c'est un service où il y a énormément de travail.

Ils vont dans les cliniques.

Et les médecins veulent venir ici et pas dans le privé ?

La question serait plutôt est-ce qu'on a une spécialité attractive dans le public ? Puisqu'il y a des actes techniques oui. Nous avons beaucoup d'internes et on peut dire qu'il y en a à peu près la moitié qui veulent rester en hôpital public. Mais c'est vrai que nous avons la concurrence du privé dès qu'il y a des actes... Par exemple nous venons de demander un poste de PH pour quelqu'un que nous avons formé pour l'endoscopie interventionnelle et quand il a vu sa fiche de paye et a demandé à être à mi-temps. Il fait l'autre moitié dans le privé. Les salaires ne suivent pas. Monsieur Duclos, je l'ai fait revenir, pour être référent en endoscopie interventionnelle, sur cinq vacations dont il s'occupe, j'ai calculé il gagne 18€ de l'heure. Donc c'est compliqué. On n'arrête pas de le dire à l'administration et ils répondent oui mais on ne peut pas faire plus. A côté de ça ils sont prêts à payer des mercenaires beaucoup plus cher pour les faire venir. Il y a certains qui ne sont pas payés comme nous ici, si vous allez à l'IHU. Infirmières pareil donc quand l'administration ou l'ARS veut mettre les moyens ils mettent les moyens. Et à côté de ça, M. Duclos ancien PU-PH, je me suis battu pour qu'il ait cinq vacations 18 € de l'heure. Tout est anonyme ?

Je ne vous l'ai pas encore dit mais tout est anonyme. Nous sommes tenus au secret dans le cadre d'une recherche.

Donc problème d'activité de l'hôpital public et ensuite problème car nous sommes en sous capacités par rapport à notre activité. Nous sommes donc encore moins attractifs.

Est-ce que vous avez déjà entendu parler des hébergements ?

Oui ça j'en ai entendu parler par des chefs. Ça c'est un souci l'hébergement. Normalement il y a une charte qui dit que normalement il n'y a pas plus que deux ou trois hébergements par jour.

L'hébergement pour vous ça veut dire... ?

Ça veut dire des patients à nous qui sont dans d'autres unités. Ça, ça désorganise clairement. Je préférerais les avoir chez moi.

Une dernière question, comment qualifieriez-vous vos relations avec les urgences ?

Moi je n'ai pas trop de relations directes avec les urgences. Quand j'ai présenté mon projet de filière d'hémorragie digestive, Pr Bilbault m'a dit c'est la première fois qu'on propose une filière avec un vrai parcours. Je fais un parcours depuis le SAMU, en passant par les urgences, la réanimation, les soins continus, ce que vous voulez jusqu'à la sortie du patient. C'est comme ça il faut faire un parcours patient. Non je n'ai pas de soucis avec les urgences.

Et vos équipes ? L'image qu'ont les urgences ? Je suis urgentiste, mais je suis assez souple...

Ça râle toujours, en disant : Ils sont appelés souvent. Ici nous avons un système d'astreinte avec un médecin d'astreinte, et c'est vrai que ce médecin d'astreinte est très souvent appelé mais bon pas que par les urgences par tous les services. Si ! les chefs se plaignent parce que le système des gardes fait qu'ils sont à la fois d'astreinte ici et ils prennent aussi des gardes aux urgences.

Vous parlez des chefs de clinique ?

Ça, ça pose soucis, ils disent qu'il y a une inégalité. Parce qu'il y a des services où il n'y a pas de système d'astreinte. En rhumato ou en médecine interne ils ne font pas d'astreinte, nous on a une astreinte d'endoscopie, donc c'est H24. Ça, j'en ai discuté avec Bilbault c'est compliqué.

Et sur le fonctionnement des urgences ? Avez-vous senti une évolution dans le temps ?

Je ne me suis jamais rendu aux urgences peut-être une fois.

Qu'est-ce que disent vos collègues ? On peut dire que nous avons mauvaise réputation ?

Écoutez, moi je viens de Paris, ici c'est mieux qu'à Paris. Paris c'est très compliqué.

Saint-Antoine, c'est qui le patron là-bas ? Des urgences ?

Ça dépend, nous il y avait Dominique Pateron qui est très bien et qui, quand il est arrivé aux urgences de Saint-Antoine (avant c'était Peloux) c'était un bazar innommable. Il a donc appelé le SAMU, les pompiers pour organiser tout ça. On débordait de n'importe quoi, car à Paris pour la moindre chose on va directement aux urgences. Donc il a mis de l'ordre et on a ouvert de nouveaux locaux beaucoup plus grands, maintenant c'est bien. Mais si vous allez à Lariboisière ou à la Pitié....

C'est le quartier aussi.

Oui c'est donc compliqué donc ici c'est très bien organisé.

Je vous remercie est-ce qu'il y a un point particulier dont vous voulez parler.

Moi je pense que le mot-clé pour avoir des lits d'aval ou pour des lits d'urgences ou autre... quand on a une activité qui augmente à moyens constants, il y a un moment on ne peut plus.

Moi, mon sentiment, j'essaie de réfléchir avec un autre regard, parce qu'ouvrir des lits dans les unités. Est-ce vraiment la solution ?

Non, ouvrir un service avec des lits, vous avez déjà. Vous avez des lit d'aval, à Saint-Antoine on appelait ça des lits de post-urgences, un étage complet où ils ne prenaient que les patients.

Moi je n'imagine pas forcément une hospitalisation complète là-dedans. J'imagine peut-être 48 72 heures. Dans cette période, où il y a une charge de soins très intense et où des fois, il y a des problématiques d'orientation. Et à la fin, la pathologie qui a un peu pris le dessus, si par exemple c'est de la gastro à la fin il monte dans l'unité s'il y a besoin.

Depuis mes premiers entretiens l'effet que ça donne c'est que tout le monde dit, que c'est l'activité des soins non programmés qui désorganise et qu'actuellement les patients sont tellement complexes. Et donc, ça tient une part de l'activité programmée qui est très importante actuellement. Qu'il y avait probablement moins avant et que si là-dedans, on

rajoute du non programmé : c'est mettre du poisson dans une boucherie.

On est tous d'accord sur le constat.

Merci.

Entretien 5

Au début de l'entretien, alors que je lui explique le sujet des soins non programmés et souhaite enregistrer l'entretien, Pr H m'explique qu'il doit demander l'accord du directeur pour répondre à ce sujet qu'il qualifie de « sensible », Je lui dis que c'est anonymisé, que c'est un sujet de recherche et non d'un entretien diligenté par la direction. Il commence alors à parler, je lui fais signe si je peux enregistrer, il acquiesce.

On m'a demandé de réfléchir à la santé dans la ville avec un certain nombre de personnes. Ça va être un groupe de travail pour construire le programme : « santé » pour une candidate à la mairie de Strasbourg. Je suis parfaitement concerné. Je suis concerné à plusieurs niveaux. Parce que je fais partie d'une structure. J'ai une allégeance universitaire, une allégeance hospitalière, que j'ai une allégeance pour l'hôpital, pour mon doyen, pour l'ARS, pour l'état. Et si je réfléchis bien la seule allégeance que j'ai c'est pour le patient qui est une allégeance ordinale. Si on garde ce principe moral dans une organisation de soins, on est dans des difficultés éthiques. Entre l'accès aux soins doit être réservé en priorité aux urgences ou ce qu'on considère comme des urgences pour des gens qui attendent depuis longtemps ou pour des gens qui ont des moyens de ne pas attendre parce qu'ils ont des réseaux qui leur permettent d'éviter les urgences et d'avoir un accès direct en programmé en urgence. Ce qui soulève le sens de l'activité libérale dans un service public qui pour moi est l'équivalent d'une activité libérale pour les juges, les commissaires de police, ou tout autre agent au service de l'État. La vraie problématique est là, c'est que dans un service public en fonction du réseau dans lequel on est et qui peut être un réseau social, des moyens qu'on a. On a ou pas à la fois un accès aux services ou aux urgences. Je vais vous donner un exemple. Ma mère vient de mourir à l'âge de 91 ans dans une structure parisienne, avec un passage aux urgences avec un accompagnement correct mais qui à un moment a été déviant. Elle n'est pas morte pour cela. Mon père a 94 ans quand il doit avoir recours aux urgences à Paris, je prends le train et j'y vais pour ne pas qu'il meure. Parce que je considère que les patients parents sont plus importants que tout. Après il y a une réflexion du système dans sa globalité. Quelles sont les possibilités : réfléchir à la place de 1) l'activité libérale dans l'hôpital public. 2) réfléchir à la valorisation de l'acte par rapport à la valorisation de la prise en charge. 3) réfléchir parce que je suis très proche du président de la CME à Rhéna, quel est le sens des SAU et comment un praticien payé à l'acte aux urgences de Rhéna choisit ses

patients. Et comment ils choisissent leurs soins programmés. Ce que je veux dire c'est que Rhéna est en danger il va être sans doute racheté par le groupe Elsan à travers la clinique de l'orangerie. C'est l'occasion de proposer un partenariat public-privé intégrant Rhéna où les activités programmées pourraient être réellement avec des gens qui ont un contrat pour ceux qui veulent avoir mais avec des avantages et des désavantages, à l'intérieur des réa avec une Réa -chir qui manque. Y compris la gynécologie et finalement un service d'urgences organisé en deux étapes coordonné parfaitement entre la médecine semi-urgence de semi proximité ouverte à tous y compris aux gens en difficulté et un service d'urgences de haut niveau avec un tri qui se fait par une régulation sociale. Il est clair que lorsqu'un politique et c'est vrai pour plusieurs pathologies dont la pathologie vasculaire ou un représentant du conseil général a un problème urgent, l'urgence se transforme en programmé en sautant les étapes. C'est une médecine à deux vitesses elle est à la fois liée au pouvoir et à l'argent. Derrière ça il y a toute une réflexion pour les chefs de service. Ça c'est un aspect qui pose problème je ne veux pas être un lanceur d'alerte et pas uniquement la question du programmé par rapport à l'urgence. D'un autre côté le système de T2A qu'il faut arrêter nous valorise le programmé.

Vous êtes sûr de ça ? La T2A favorise le programmé

La T2A me permet d'avoir du programmé et d'avoir une reconnaissance au niveau universitaire et me permet de me maintenir au niveau universitaire et européen. Me permet de faire partie de l'European reference network. A mon sens actuellement il n'y a que deux services qui ont cette référence universitaire c'est l'immunologie et le service de neurologie. La T2A finance la recherche par rapport aux filières de soins. C'est les filières de soins qui financent la recherche clinique

Est-ce que la T2A du non programmé ne rapporte pas plus que le programmé ?

Il faut regarder les coûts directs et les coûts indirects. Prenez les hôpitaux où il y a très peu d'activité mais beaucoup de recherche. Il y a une valorisation qui se fait par le biais des

MEERI et MIGAC et à Necker il y en a beaucoup beaucoup beaucoup beaucoup beaucoup de programmé et beaucoup beaucoup de recherche beaucoup de praticiens et peu d'urgences.

Donc le programmé permet d'inclure dans les études c'est ça que vous voulez dire ?

Le programmé permet la notoriété. L'expertise de très haut niveau et permet qu'il y ait des services universitaires. La question est : « est-ce que le programmé est là pour alimenter l'activité libéral praticien ? ». Ou est-ce qu'il est là pour rendre des services de soins d'où le mélange des genres public-privé où finalement le privé est présent partout. L'institution a publié les chiffres l'activité privée a reçu 2 600 000€ liés à l'activité libérale sur le site c'est tout à fait accessible. Et certains collègues touchent 350 000 € de revenus supplémentaires mais c'est vrai que c'est aussi eux qui sont en première ligne pour réclamer des infirmières en plus pour maintenir leur activité libérale. Je suis mal considéré par mes collègues qui me considèrent comme un empêcheur de tourner en rond. Je suis simplement un fonctionnaire qui a décidé que je gagnerai ma vie après 68 ans si je veux gagner de l'argent je le ferai après maintenant je fais du service public. Par exemple pour les consultations il suffit de décider des créneaux de consultation, des tableaux de consultation qui sont donnés juste quatre jours avant. C'est ce qui est le cas, ma secrétaire a deux créneaux le lundi qui peuvent être pris que la semaine précédente il suffit de bloquer. Il faut décider de bloquer des créneaux. Par contre l'hôpital est incapable de nous bloquer, de libérer des créneaux. Alors que ça résoudrait le problème des délais de consultation. Ce qui permettrait de pas avoir besoin d'une prise en charge d'urgence mais de soins d'urgence. Il suffit donc d'avoir un créneau ouvert, créneau bloqué. Nous nous avons six créneaux d'épilepsie d'urgence qui peuvent être pris dans la semaine.

Vous faites une différence entre les admissions non programmées via ces consultations dans les 4-5 jours qui sont des admissions très performante et une admission le jour J via les urgences. Pour vous c'est une différence ?

La différence c'est quelques patients avec un problème médical réellement urgent et beaucoup de patients avec des problèmes sociaux via les urgences. Pourquoi ? Parce que personne d'autre ne les prend ou ne les veut. Et souvent il y a un prétexte, vous prenez une fois un patient qui a eu une glycémie élevée, on va le mettre en diabétologie. Vous prenez un patient qui a fait une fois une crise d'épilepsie, on va le mettre en neurologie. Il n'y a pas de réflexion

sur ce que ça représente et ce que cela va entraîner, en termes de fluidité et de capacité d'accueil et de soins sur les services. C'est-à-dire en nombre de personnel.

Où est-ce que cette réflexion manque, à votre avis ?

C'est une réflexion globale parce que les médecins sont divisés, les médecins ne se parlent pas et l'administration est assez contente que les médecins ne se parlent pas.

Je voudrais revenir sur le service d'épilepsie pensez-vous devoir n'accueillir que des gens qui viennent des consultations de soins programmés que vous avez ?

Non, nous on a patient qui vient de réa, sorti de réa c'est notre urgence. Patients aux urgences qui nécessitent un bilan urgent pour des mises en place de traitement urgent, on prend aussi. Patient alcoolique qui fait une crise de sevrage en alcool théoriquement il devrait être orienté vers un service d'addiction. Patient épileptique, on a stabilisé les choses et il n'y a pas une cause qui nécessite une prise en charge extrêmement rapide, on peut le mettre en consultation dans une semaine. Consultation à une semaine nécessite une programmation tout ça est dans la même filière.

Patient résistant complexe, nous sommes référents avec Nancy, 15 millions d'habitants c'est notre mission confiée par le gouvernement et l'ARS. C'est une réflexion d'organisation des soins c'est une réflexion universitaire je suis prêt à la partager avec qui veut, je suis prêt à la changer pour la modifier mais c'est une réflexion qui n'est pas très connue mais c'est une réflexion qui permet de couvrir les besoins des citoyens. Il y a une reconnaissance, nous sommes classés n°1 dans Le Point pour quelque chose qui n'est pas juste un geste technique. On n'est pas bon en tout mais on est pas mauvais en tout non plus, donc on est moyen. On n'a pas la plus grande réputation au niveau mondial mais on est quand même reconnu et les patients sont satisfaits. On a un réseau ville l'hôpital très fort, on a couvert toute la région, on renvoie en ville, on a des suivis ville hôpital.

Est-ce que vous pensez qu'une partie de votre rôle pourrait être d'avoir des patients qui n'ont pas 100 % un problème épileptique est-ce que vous considérez que c'est votre rôle ?

C'est mon rôle de service public oui. Mais je sais qu'au-delà d'un certain nombre de lits nous

sommes juste en nombre d'infirmières donc à un moment il faut dire stop.

Le frein pour vous c'est quoi ?

Je vous donne un exemple la semaine dernière nous étions à sept-huit toilettes sur 15 lits. Des patients qu'il n'y avait pas de justification totale... qui était lié à la fermeture des lits en neuro-vasculaire. Il faudrait que tous les services jouent le jeu. Réfléchir sur nos missions est-ce que notre mission est une mission publique ? Comment ça doit s'organiser dans une globalité ? Qu'il y ait finalement une réflexion et un intéressement à la limite globale qui concerne tous les agents, y compris ceux qui ne font pas de libéral ou qui décideront d'en faire plus tard. Nous sommes sur un système qui est très ambivalent la médecine libérale ce sont des fonctionnaires qui choisissent leurs revenus en fonction des actes parce que c'est quand même un peu la sécurité sociale et les mutuelles qui payent et plus tu vas faire des actes plus tu vas gagner d'argent ici on ne fait pas une activité libérale parce que nous ne sommes pas dans le même système. On est avec des moyens publics même si on reverse un peu à l'hôpital ils sont contents de l'avoir car ça leur permet de maintenir un peu des experts. C'est variable les revenus des collègues : c'est un complément de retraite et d'autres ont des revenus indécents parce que c'est une clientèle close. Et en plus organisé par le service public et surtout c'est souvent des gens qui disent plus de mal du service public qui ont récupéré le bénéfice du service public. C'est pour ça que je suis sorti du collectif.

Concernant le besoin moyen journalier en lit, l'impôt lit ?

C'est un aide-mémoire qui nous permet de nous rappeler ce qu'on doit faire et qui nous permet d'être un indicateur quand on veut vérifier, voir si globalement la tendance est respectée. Je ne sais pas si elle est respectée dans l'ensemble du service de neurologie, moi je suis responsable de la qualité nous n'avons jamais eu d'étude qualité par rapport à ça. Ça serait un joli objet de recherche un EPP. Quelle adéquation y a-t-il entre un « impôts-lits » et la réalité du terrain on aurait des chiffres.

C'est très inégal les chiffres ont été présentés en CME, L'avant avant dernière.

Je souhaiterais que soit inclus le passage par la réanimation, le sortir de réanimation. Il n'y a pas que l'admission directe par les urgences, il y a la sortie de la réanimation et il y a le délai

d'hospitalisation par rapport au passage des urgences. C'est-à-dire quelqu'un qui sort des urgences qui reviens le lundi ou le mardi, c'est la même chose. Il faut avoir une méthodologie il faut se donner les choses pourquoi parce que finalement ça a été mieux gérer. La méthodologie doit être réfléchie, elle doit être comprise, plutôt qu'une méthodologie administrative simple c'est des gens qui montent directement dans les services. On pourrait les faire monter pour directement les faire sortir. Ça serait intéressant de voir. Moi je pense bientôt être PH aux urgences. Je rêve de 10 heures à 14h parce que je pense qu'on peut aider. Quand j'aurais 65 ans en transition je voudrais descendre aux urgences, je vais faire ça.

Vous savez que ça améliorera le niveau de performance.

Je pense que je peux faire de la régulation sur la « malaisologie » dans la région. Monsieur Bilbault est intéressé, Monsieur Quoirin est intéressé, le directeur général est intéressé. Je pense que ma mission en faisant le cumul activité retraite pourrait être ça : faire bénéficier de mon expérience, de ma connaissance du terrain, de mes liens, de ma capacité à connaître la vie à l'hôpital, ma connaissance de la région en pouvant faire le tri de ce qu'il faut hospitaliser ou pas hospitaliser.

Quand vous m'avez dit au début il devait y avoir deux choses : des services universitaires et des services ...

Je suis d'accord ça c'est anarchique, révolutionnaire, on peut garder....

Oui mais c'est une vision qu'on certains je pense en disant les admissions non programmés via les urgences, c'est-à-dire du patient qui a une poly-pathologie ne concerne pas certaines disciplines. De faite, elles sont souvent en gériatrie ou en médecine interne et nous avons du mal nous aux urgences à les placer dans d'autres unités.

C'est le problème du mélange des genres. Qu'est-ce que c'est la médecine interne ? Qu'est-ce que c'est la gériatrie ? Est-ce que nous ne sommes pas tous des gériatres avec le vieillissement de la population ? Est-ce que reculer l'âge de la définition de la gériatrie régler le problème, il est à 75 ans, il peut passer à 85 ans pour mes parents de cette génération on peut dire que c'est 90 ans c'est le moment de la dépendance qui est de plus en plus tard. Réfléchir aussi à ce que

souhaitent les gens et après il faudra une réflexion politique sociétale, une décision politique sociétale de nos représentants politiques.

Est-ce que vous pensez que l'hôpital est adapté à la majorité des malades que nous avons ?

L'hôpital a un rôle social. L'hôpital n'est avec pas grand-chose d'autre, il n'y a plus d'école de la république, il n'y a plus de lycée, il y a la justice et encore selon les réseaux que l'on connaît cela change. C'est à l'hôpital que des gens modestes ont l'illusion d'avoir une certaine égalité. Il n'est pas adapté mais c'est peut-être un des derniers maillon social c'est un élément important de stabilité sociale. On voit dans les ascenseurs les gens qui sont là et qui sont contents d'être pris en charge même si finalement par certains côtés ils sont méprisés.

En parlant d'adapté, je voulais dire au profil des malades que nous avons. C'est-à-dire qu'il y a 15-20 ans nous avons beaucoup de mono pathologie et maintenant nous avons beaucoup de poly-pathologies et du coup quand ils arrivent avec un événement aigu ils viennent avec leur tout. Et nous avons des services hyper spécialisé, dont on a besoin c'est clair.

Effectivement c'est une réflexion. Les interniste ne veulent plus être interniste. Y compris notre doyen qui s'est transformé en endocrinologue. Les nouvelles générations d'internistes, Andres est un métabolicien. La notion de gériatrie est une sorte de médecine interne. Est-ce que nous ne sommes pas tous médecins internistes poly-pathologiques ? On l'est. Et je trouve que les chefs et les internes le sont. Je le suis moi et on l'est sans cela je n'accepterai pas des patients poly-pathologiques parce que ce serait une perte de chance. La question est de savoir jusqu'à quel niveau et comment trouver un équilibre entre nécessité d'excellence universitaire et cette nécessité de service public comment le quantifier comment l'apprécier ? comment l'évaluer ?

Et comment est vécu une admission non programmée d'un patient qui a une polypathologie ? Dans le service comment c'est vécu niveau soignant et niveau médical ?

Depuis six mois j'ai une baisse de l'ultrasécialité et j'ai augmenté l'activité de poly-pathologie et j'ai augmenté le chiffre d'affaires de 0,2 %. Du point de vue financier ça n'a pas

été une catastrophe. Du point de vue du personnel tant que s'était organisé et qu'on avait un soutien en personnel au sein du pôle ça n'a pas été mal perçu, ça a été compris. C'est lorsque ça dépasse des limites qu'il y a tension, il y a très peu d'arrêt maladie dans le service.

Pourquoi il y a des tensions dans le service ?

Parce que les gens se mettent en danger physiquement et psychologiquement je ne veux pas qu'ils soient en danger sans cela ils sont malades et on perd en efficacité et on aggrave le système. Notre cadre infirmière dit que notre service est celle où il y a le moins de maladie de l'hôpital. On peut se poser la question pourquoi. Est-ce que parce que nous avons moins d'admission venant des urgences parce que moins de malade lourds ou parce qu'il y a un management différent...

Et votre opinion ?

Il faut faire un audit, vous-même allez faire le travail, on ne peut pas avoir un audit, on peut pas avoir une opinion si on ne fait pas ce travail d'audit sur une période à définir. Je pense que c'est un équilibre, venez on va aller visiter le service !

À votre avis est-ce que l'admission des soins non programmée venant à partir des urgences est un problème pour l'hôpital ?

Non.

Ça ne devrait pas être un problème mais ça l'est.

Cela l'est d'une manière évidente.

Je suis là depuis trois mois aux urgences et j'ai bien remarqué qu'il y a un délai de séjour aux urgences sur des patients qui attendent des lits et on sait que c'est à l'origine d'une augmentation de la morbidité.

Après il faut que vous corréliez votre étude avec d'autres facteurs : est-ce que c'est lié à l'attente du service ? Est-ce que c'est lié à l'activité libérale ? Est-ce que c'est lié à l'impact

des publications ? Est-ce que c'est lié à la présence et à l'implication des médicaux dans leur travail ? C'est probablement multifactoriel pour savoir qu'on est entre il faut faire un pilote pour se faire un pilote il faut savoir ce qu'on y met, il faut avoir une hypothèse, après vous faites votre pilote et vous voyez si c'est logique, vous avez un recueil d'informations qui vous permet d'avoir des hypothèses.

Je suis plus sur le management que sur le facteur santé publique.

Le management c'est l'outil à la fin pour probablement améliorer. Mais pour améliorer il faut d'abord faire un état des lieux. Après, quel management ? Le management dépendra des besoins, des ressources et de la productivité.

Est-ce que les équipes que vous avez dans votre service sont à l'aise avec des patient poly-pathologiques ?

Il faut leur demander. Je ne vais pas répondre à leur place, ce n'est pas à moi de répondre et je ne veux pas être là quand ils répondent. C'est ce qu'on appelle un biais de recherche.

Comment qualifieriez-vous vos relations avec le service des urgences ?

Comme dans le petit prince ; apprivoisons-nous, apprendre à se connaître, apprendre à se respecter. J'ai de bien meilleures relations avec les urgences qu'avec la réa. Avec la réa, c'est souvent dans un sens, ils prennent très rapidement les patients mais après je ne peux pas systématiquement prendre les patients qu'ils veulent dégager et la dernière fois on s'est fritté. J'étais en tension au niveau du nombre de patients je suis descendu au service voire un patient dément avec une crise d'épilepsie sur sevrage alcoolique.

Fin abrupte !

Vous êtes infirmière dans le service de neurologie. En épilepsie.

C'est cela.

Vous avez des admissions de soins non programmée via les urgences ?

Via les urgences ou via les consultations.

Y a-t-il des gens poly-pathologiques ? Quels sont le profil de vos patients ?

Alors, la semaine dernière il y avait pas mal d'AVC avec de l'épilepsie ou pas cela dépend. La semaine dernière c'était une dame poly-pathologique avec un AVC et après deux personnes sont parties en rééducation qui avait été là une vingtaine de jours.

C'est plutôt habituel pour vous ?

Oui.

Vous avez également des gens qui ont de l'épilepsie ou un AVC mais dans leur poly-pathologies, ils peuvent également avoir une bronchite ou autre chose. Est-ce que ça vous arrive ça ?

Non en général la première cause c'est un AVC ou une épilepsie s'il y a bronchite ou autre c'est en deuxième temps.

Et les admissions de soins non programmés via les urgences, Comment c'est vécu dans le service ?

Plutôt bien.

Quelle est la question que vous vous posez quand vous allez recevoir une admission ?

C'est souvent le problème de savoir à quel point il est dépendant. Et c'est surtout le devenir d'après, parce qu'on sait que c'est très compliqué, souvent les rééducations et les longs séjours c'est très long.

Et ça est-ce que ça vous embête que ce soit des longs séjours ?

Oui forcément car c'est une charge de travail supplémentaire. Car les gens qui restent longtemps souvent sont des gens qui sont déjà lourds au niveau de la prise en charge. Et pour les AVC, nous n'avons pas d'orthophoniste, d'ergothérapeute, c'est très difficile de les faire passer au service. On a je crois 20 % d'orthophonistes et là on a une nouvelle kinésithérapeute. Mais c'est très souvent très compliqué, du coup le patient se dégrade plus vite.

Vous avez l'impression que le lieu n'est pas adapté ?

Oui, c'est néfaste pour leur récupération. Il n'y a pas de kiné forcément tous les jours ça retarde leur évolution.

Entretien 6

Donc j'aimerais connaître votre opinion sur les admissions non programmées aux hôpitaux universitaires de Strasbourg comment vous les imaginez ? Sur l'ensemble des hôpitaux et dans votre service

Alors les admissions non programmées c'est littéralement tout ce qui n'est pas dans un circuit, je parle pour la médecine. Dans les admissions non programmées il y a ce qui vient des urgences qui est quelque chose qui pour nous peut en partie se programmer peut s'organiser dans la journée. Et puis il y a ce qu'il y avait beaucoup je parle il y a 20 ans ou plus, je parle de l'admission directe du domicile à la demande du médecin traitant qu'on a beaucoup moins maintenant qui était aussi du non programmé dans le sens où le médecin souhaitait qu'on prenne le patient dans la journée. Maintenant ces admissions sont les admissions directes car il est rare qu'on puisse les prendre dans la journée on dit on le prend demain. Donc je pense que c'est un souci d'organisation de l'hôpital pas spécifique à Strasbourg qui survient un peu partout. C'est compliqué à organiser mais c'est absolument nécessaire pour qu'on puisse remplir notre mission. La médecine c'est finalement assez peu programmé est assez peu programmable quand on compare à la chirurgie par exemple est-ce que vous pouvez poser une question un peu plus précise

Oui combien est-ce que vous en admettez par exemple par jour des admissions non programmées en provenance des urgences ou du médecin traitant ?

C'est un peu difficile sur l'ensemble du service en moyenne je pense qu'on peut prendre sept huit patients par jour et c'est 90 % de patients qui viennent des urgences parce que ceux qui viennent par le médecin traitant c'est avec un léger différé

C'est quoi le profil de malade que vous hospitalisez ? vous vous avez une idée un peu des profils que vous hospitalisez ?

C'est ce que nous envoient les urgences et donc il y a un effet site on a beaucoup de chuteurs parce qu'ils arrivent à Haute-pierre soit par le biais de la traumatologie soit par le biais de la neuro. On a énormément de poly-pathologie qui rentrent par le biais de la chute. Ça on a bien senti parce que je suis dans la structure depuis assez longtemps les transferts de certains services comme la cardio la pneumo et l'arrivée de la neuro ça impacte forcément sur notre recrutement par les urgences. Parce que même si on prend des patients des deux sites on peut dire, même si je n'ai pas les pourcentages actualisés, je pense qu'on doit être à 2/3 3/4 des urgences d » Haute-pierre versus un tiers un quart de patient venant du NHC. Les patients du NHC sont plus variés entre guillemets, ils sont plus médicaux avec des problématiques plus cardio pneumo par rapport aux patients qui viennent de Haute-pierre.

Et la proportion admission non programmée admission programmée dans votre service vous l'estimez à combien ?

Je n'ai pas de chiffres en tout cas pas fiables parce que ça varie un peu selon les périodes, il y a aussi une unité de nutrition qui est une activité majoritairement programmée. Je pense qu'on est enfin si on entend les chiffres que j'ai ce sont des patients qui viennent des urgences. Il y a un petit pourcentage de patients avec des admissions directes mais on doit être actuellement à 50 % des patients des urgences

Et quand vous dites « ce qui vient des urgences ça s'organise » vous vous essayez de l'organiser ?

On a toujours enfin ça fait longtemps qu'on essaye de l'organiser donc en principe il y a un senior parce que on a seniorisé on est le premier service à avoir seniorisé. Parce que ça n'a pas de sens on a essentiellement des jeunes internes on peut pas les laisser décider ça prend trop de temps on est seniorisé depuis six ou sept ans au moins si ce n'est plus il y a un senior qui a un téléphone le jour. Il y a des personnels de bureau qui sont appelés les personnels médicaux administratifs qui sont dans les unités qui savent les sorties qui peuvent dire assez rapidement

au senior qui a le téléphone combien de lits il y aura à disposition. Et après soit on attend qu'on soit appelé. Il y a eu différents systèmes mais qui ne marchent pas très bien. A un moment donné il y avait un senior qui descendait. Pour moi c'était l'idéal que les gens se parlent c'est à dire que le senior du service descendait rencontrer le senior des urgences et voyaient ensemble le patient pour rapidement dire si on le prenait de suite ou en différé ou éventuellement ce qui relevait d'une consultation. Ce qui permettait également d'avoir un avis sur la prise en charge. Sauf que c'est assez lourd surtout en ce moment donc ce qui a lieu en ce moment c'est un contact téléphonique je pense que vous connaissez. Sachant que j'ai donné des consignes depuis longtemps pour dire qu'en gros on prend tout sauf ce qui n'est manifestement pas de notre ressort ou selon les périodes ça dépend de la charge soignantes quand il y a beaucoup de toilettes pour les patients grabataire etc. dans ce cas là on vous le dit. Ça pour le coup en tout cas j'ai l'impression maintenant depuis des années qu'à partir du moment où les urgentistes savent qu'on ne filtre pas on n'en veut pas ce n'est pas de la médecine interne et qu'on est à peu près d'accord pour prendre tout y compris ce que les autres refusent. Donc quand on vous dit que là on peut pas prendre parce que le service est trop lourd vous l'entendez et vous essayez aussi d'équilibrer

Vous avez l'impression que tous les services ne jouent pas le même jeu ?

Bon ça ça me paraît évident. Ça ne me dérange pas je ne suis pas propriétaire des lits ni du service. On est là pour remplir notre mission de service public moi j'ai connu ça quand j'étais jeune le côté « on veut que des choses intéressantes ». D'ailleurs je ne sais pas ce que c'est un malade intéressant c'est très dangereux comme façon de penser. Et puis on n'est pas là pour se faire plaisir on est là pour rendre service. Et le temps qu'on perd et qu'on fait perdre en discutant sur des admissions que de toute façon voilà il faudra bien que quelqu'un les prend donc moi j'ai donné des consignes et je crois qu'elles sont appliquées on ne discute pas. Sauf si c'est manifestement de la traumatologie ou de la chirurgie que ce n'est manifestement pas pour nous ou des problématiques purement sociales il faut probablement éviter d'hospitaliser les gens sinon on met le doigt dans un engrenage ou des périodes je vous dis de niveau de lourdeur de soins là c'est plus au niveau infirmier soignant on est obligé de faire un petit peu attention pour éviter que les équipes craquent donc on prend tout. Et depuis qu'on prend tout, les relations avec les urgentistes sont je pense plus détendues parce que a priori, après ça peut

être personne dépendant, après globalement les urgentistes sont conscients que globalement on n'est pas sélectif et que si on peut en prendre et je n'ai pas envie qu'on perde des heures à discuter parce que c'est une perte de temps pour tout le monde et que de toute façon à la fin on va le prendre.

Moi le sentiment que j'ai, on a l'impression que les malades ont complètement changé, ça fait 15 ans que je suis urgentiste. Avant ils avaient une seule pathologie c'était facile de les flécher maintenant ils ont tout qui ne va pas bien en gros... Et en fait des services de polypathologie, enfin des services qui n'ont pas peur de la polypathologie ben il y en a pas beaucoup je n'ai pas l'impression que tous les services de médecine interne et de gériatrie peuvent accueillir l'ensemble de ces patients polypathologiques

Je pense qu'à Strasbourg les trois services de médecine interne qui sont à Hautepierre, la médicale B et NHC globalement jouent le jeu. C'est en rapport avec les discussions qu'il y a eu il y a plusieurs années, je pense que notre positionnement de ce point de vue-là est le même : assurer pas exclusivement bien sûr nous avons d'autres activités mais accueillir l'aval des urgences pour nous est parfaitement naturel. Prendre ces patients là, on est tous sur la même ligne. La gériatrie je pense que c'est plus un problème de site pour la Robertsau parce qu'effectivement ils ont peur des malades instables et qu'ils sont un peu loin de tout

Moi j'ai l'impression qu'il manque de lit parce que nous on a énormément de gens en UHCD qui on facture branche ischio-pubienne avec une petite infection urinaire qui relève d'un service de médecine plutôt âgé avec une problématique sociale et qu'on n'arrive pas. Est-ce que vous pensez que la médecine polyvalente je veux dire la médecine polypathologique parce que polyvalent ça ne veut rien dire, polypathologique tout le monde devrait s'en charger ?

Bah moi je vois l'évolution avec les années qui est que clairement parce que ce n'est ni voulu ni subi, qu'il y a désengagement d'un certain nombre de spécialité médicale pour ces patients sous couvert d'une surspécialisation mais avec le problème que c'est un cercle vicieux. C'est-à-dire qu'effectivement on est parfois très étonné quand on est appelé dans d'autres services de l'incapacité de certains spécialistes qui sont des médecins comme tout le monde de gérer

des problématiques relativement simples. Gérer un diabète simple une pneumopathie une infection urinaire en fait quoi de la médecine de base et qu'on sait pas si du coup ils s'abritent derrière cette surspécialité pour ne plus faire ou s'ils ne savent vraiment plus faire. Ma crainte étant, notamment les plus jeunes, qu'ils ne sachent vraiment plus faire.

C'est votre crainte ça ?

Bah oui parce que parce qu'à force de surspécialiser ils ne se sentent plus capables et que du coup on morcelle la prise en charge avec des choses assez aberrantes. Enfin ça ce n'était pas le cas quand j'étais interne. Le cardiologue le pneumologue enfin toutes les spécialités médicales rester polyvalentes et il ne se sentait pas obligé d'avoir 15 avis pour chaque patients

Vous pensez que c'est ça le problème.

Du CHU en particulier. Je sais que je suis enregistré mais je ne suis pas inquiet parce que j'assume tout à fait ce que je dis. Mais la neuro c'est typique. Quand on demande un avis neurologique je peux quasiment vous donner l'avis neurologique en fonction de la surspécialité de la personne qu'on appelle. Ça c'est une façon de faire de la médecine en s'adressant systématiquement aux spécialistes pour tout et pour rien. L'hypokaliémie on appelle le néphrologue avant de réfléchir. On demande de multiples avis pour des choses relativement simples. On communique par mail voilà on s'éloigne ce n'est plus on s'éloigne un petit peu de notre problématique c'est les causes profondes ce n'est pas que la problématique de l'aval des urgences c'est la problématique de l'évolution de la médecine en tout cas au CHU vers la surspécialisation et encore une fois je crois qui est à la fois un alibi et une vraie évolution. Voilà je ne m'occupe plus de ce malade parce que je suis sur spécialisé sauf que si on ferme les jeunes comme ça les jeunes surspécialisés ne seront plus rien faire. C'est pour ça que je me méfie beaucoup de cette tendance dont on sent bien que c'est une espèce de courant contre lequel il est difficile de lutter c'est-à-dire que comme le système ne fonctionne pas très bien développons des structures de post urgence ce que vous appelez le post urgence et finalement qui va s'en occuper ? Je pense que ce n'est pas aux urgences de

s'en occuper parce que les urgentistes ils sont formés. Actuellement ce sont des vrais urgentiste qui sont à la porte ils ne connaissent pas très bien ce qu'il y a derrière.

Ce serait bien qu'ils le connaissent

Il faut réfléchir à tout l'ensemble c'est une problématique très globale. De la même façon que la réforme du troisième cycle où on a changé le nom de certaines spécialités c'est-à-dire que médecine interne est devenu médecine interne et immunologie. Ce qui est une erreur majeure parce que l'immunologie c'est quelque chose de très transversal. Et que ce n'est pas la propriété des interniste et qu'inversement je pense qu'on a pas besoin de 50 spécialiste du lupus. Par contre on a besoin, moi je continue d'appeler ça médecine interne ou médecine interne polyvalent qui sont capables d'assurer cette activité. Ce que les américains ont appelé les hospitalist. Médecine interne polyvalente qui ne fait pas que de l'aval des urgences. On va traiter la multipathologie traiter le non programmé et on n'est pas obligé de le faire passer systématiquement par les urgences il y a vraiment de quoi faire. Mais pour ça il faut rester polyvalent donc interniste et avec un bon niveau. Et ne pas avoir peur de traiter l'infection urinaire sans l'infectiologue, l'hypokaliémie sur le néphrologue. Moi je vois des choses un peu hallucinant parfois y compris dans mon propre service. Quand on demande un avis à 15 internes d'autres spécialités.

Et les internes fonctionnent comme ça. C'est-à-dire que dès qu'il y a une insuffisance rénale, on décroche. Mais on peut réfléchir on peut lui faire une écho voir si c'est obstructif. Je pense qu'ils ont été éduqués comme ça dans les autres services comme vous dites.

Ça c'est très problématique. Le principal problème à mon avis c'est ça et on est en train de se préparer des jours difficiles si on renverse pas rapidement.

Justement vous le voyez comment pour l'hôpital. L'avenir sombre vous me l'avez montré et comment vous l'imaginerez dans un monde idéal ?

Ça va faire « c'était mieux avant », ce que je ne pense pas ce n'était pas mieux avant mais je crains que ce soit trop tard malheureusement. Je défendais un système qui a des inconvénients parce que ça rallonge la durée mais j'ai défendu l'idée que pour les spécialités médicales un tronc commun d'un ou deux ans médecine interne alors pas forcément de médecine interne mais bientôt les seuls services de médecine interne seront les services polyvalents en dehors des urgences justement. Moi je vois bien on a essentiellement des internes de premier ou deuxième semestre qui viennent de divers DES et je pense que c'est là où on peut leur apporter quelque chose. Savoir débrouiller un dossier bien hiérarchiser savoir prendre en charge de manière plus globale les patients avant de passer à la spécialité. Parce que là ce que moi je vois dans certaines maquettes de DES je frémis quand je vois que les oncologues dans la phase socle font un semestre d'oncologie et un semestre de radiothérapie. Je comprends bien la logique dans l'idée qu'ils choisissent leur maquette mais moi j'ai fait de l'onco-hémato quand j'étais interne et on ne mettait pas des internes de premier semestre dans des services comme ça. Ils ne savent rien faire et les chefs ont autre chose à faire que de régler les perfusions, les trucs de base donc je crois que c'est très dangereux. Et du coup on met ces internes en difficulté parce qu'ils se retrouvent tout seul pour gérer non pas la chimiothérapie mais le quotidien des patients qui sont quand même qui peuvent faire tout et n'importe quoi et comme ils sont un peu paumés ils vont appeler le pneumo le gastro, ça donne des choses surréalistes enfin surréalistes pas dans le bon sens du terme. Je vois aussi chez moi dès qu'on laisse les internes un peu seuls, on se rend compte que pour se rassurer ou parce qu'ils pensent qu'on peut pas faire autrement on multiplie les coups de fil et on additionne les prises en charge sans qu'il n'y ait aucune réflexion d'ensemble et ça aboutit à des choses dangereuses.

Et l'organisation en service vous la verriez autrement ?

Je ne crois pas ça a quand même une vertu. Pourtant je n'étais pas très... En tout cas ce que je refuse catégoriquement je pense que je suis un des derniers et je resterai ferme sur mes positions c'est le concept d'hébergement parce que c'est extrêmement dangereux. L'hôpital est organisé en service avec une organisation hiérarchique fonctionnelle qui fait que quand un malade est dans un lit on sait de qui il dépend. On a tous été élevé comme ça toutes les procédures sont comme ça et c'est comme ça qu'on est à peu près en sécurité. On a de

multiples exemples d'hébergement dans les deux sens d'ailleurs que ce soit des malades hébergés chez nous ou des malades qui dépendent soi-disant de nous qui sont hébergés et on a vu des choses complètement aberrantes. C'est très dangereux parce qu'on ne sait plus qui fait quoi justement ça encourage ce morcellement de la prise en charge. Donc moi j'ai toujours refusé. Moi je peux prendre des malades d'O.R.L. d'orthopédie, de neurochir etc. il n'y a pas de souci faut juste que les collègues m'expliquent exactement ce qu'a le malade, ce qu'il faut faire mais si le malade est administrativement hospitalisé chez nous, nous en sommes responsables et si on a un problème on les appelle. Et pour moi je refuse également de m'occuper d'hébergement dans d'autres services. On est à disposition y'a pas de soucis on passe les voir. En tout cas dans le système actuel, peut être que ça peut évoluer, mais il faut que tout le monde évolue à la même vitesse et dans le même sens parce qu'actuellement ça donne des choses complètement décousues de savoir qui fait quoi et ça c'est très dangereux.

Je pensais pas forcément aux hébergements je me dis que le modèle qu'on a je veux dire le modèle de malade et le modèle hospitalier avec des grands services d'hospitalisation conventionnelle. Est-ce qu'on ne devrait pas plutôt dire que ces surspécialités fonctionnent avec des hôpitaux de semaine et d'avoir des services plus larges avec peut-être des disciplines plus transversale des internistes... on aurait peut-être besoin en saison hivernale on a peut-être besoin d'un pneumologue je ne sais pas n'importe quoi mais différentes spécialités dans ses services plus grand vous voyez ce que je veux dire. Moi de mon sentiment je vais vraiment vous dire je viens je viens d'un autre établissement et on faisait des hébergements mais c'était très très réglé et ça se passait bien mais c'est un hôpital qui n'avait pas du tout la même taille donc on peut pas du tout comparer. Là je suis arrivé et je me rends compte qu'il y a un problème pour hospitaliser les gens c'est hyper compliqué les gens restent très longtemps aux urgences pour être hospitalisés. Et surtout j'appelle plusieurs fois et on me dit « j'ai pas de place ». Même des choses qui vont relever d'une discipline on me dit « j'ai pas de place » je réponds « alors ? » on me dit « bah alors je peux le prendre demain » mais il est là il est dans le brancard et c'est ça que je trouve même indigne je crois.

Ça c'est clair on ne peut pas être satisfait du fonctionnement actuel. Alors effectivement moi c'était une remarque plus d'organisation pour que chacun sache qui est responsable de quoi

après je ne peux pas... Moi je dirige le service qui a la chance parce que je considère que c'est vraiment une chance d'avoir différentes spécialités. Enfin moi je suis interniste de base mais finalement je fais essentiellement de l'endocrinologie comme activité personnelle actuellement. On a notre secteur nutrition avec des gens qui sont plutôt diabéto soit même des médecins généralistes qui ont fait la nutrition, on a des endocrino comme chef mais qui acceptent de passer, de rester polyvalent. On a rhumato chef de clinique enfin bon et je trouve ça très agréable à partir du moment où tout le monde est d'accord pour rester polyvalent. Du coup on s'enrichit mutuellement. Un rhumato par exemple c'est super parce que on a un doute sur une arthrite elle peut faire l'écho. Je parle par exemple pour le diabète le courant on sait gérer si on doit faire un peu plus fin on a quelqu'un juste à côté quelqu'un qui peut faire. Moi un système comme ça je trouve ça très bien. Après dans un CHU c'est plus difficile à concevoir parce qu'on est redondant. Parce que l'ensemble de la structure est par définition polyvalent et là on atteint les limites. C'est peut-être plus difficile dans un CHU pour les internistes de se positionner. Je vois les hôpitaux généraux y compris les gros hôpitaux de la région, les services de médecine interne trouvent beaucoup plus facilement leur place. La médecine enfin interne en France c'est un peu particulier. Les internistes bouchent les trous. Ils font effectivement la médecine polyvalente, ils font les maladies de système etc... les diagnostics difficiles etc... le cœur de la spécialité. Mais souvent ils développent ce qui n'existe pas là où il n'y a pas d'autres spécialités ce qui est souvent le cas dans les hôpitaux généraux, ils remplissent le vide. Un CHU par définition a toutes les spécialités et dans un CHU vous êtes obligés de vous surspécialiser pour exister parce que sinon vous n'existez pas vous n'êtes pas considérés, pas reconnus. Ce n'est pas la seule raison mais c'est pour ça qu'on a tous développés des niches pour être reconnus en fait parce que sinon c'est le paradoxe si vous voulez. Parce que le malade polyopathologique il est hospitalisé en gastro ou n'importe où. On va téléphoner au cardio, au néphro à toutes les spécialités mais on n'en parlera pas à l'interniste. On n'appellera pas la personne sauf si vraiment ils ne s'en sortent plus et ils ne comprennent plus rien et alors là ben ça serait quand même que quelqu'un fasse la synthèse. Pour la spécialité de médecine interne on sait très bien que notre plus-value elle est là finalement. Elle est peut-être dans les situations un petit peu embrouillé. De par notre expérience, ça ne veut pas dire qu'on sait tout, mais de remettre les choses un peu dans l'ordre. Après de savoir demander si c'est nécessaire des avis à droite à gauche. Et ça c'est reconnu parce qu'on est souvent appelé dans les services mais on est souvent appelé très tard et puis souvent pour des patients qui sont un peu en perdition quelque part alors que peut-être que s'ils avaient été pris dans des structures telle que vous décrivez... Ce modèle là sur le

papier très séduisant. Avec à mon avis deux écueils majeur. Le premier c'est qu'il faut être suffisamment nombreux, il faut être suffisamment d'internistes nombreux et pour l'instant malheureusement dans le cadre des réformes il y a très clairement une crise de recrutement et je ne suis pas très optimiste pour les années à venir sur les recrutements. Et puis le risque c'est que très clairement c'est ce qu'on observe en CHU et c'est ce qu'on risque d'observer aussi, si on développait ce genre de structures... C'est un désinvestissement des surspécialités de tout ce qui est permanence des soins. C'est-à-dire que les modèles où ça fonctionne par exemple Saverne moi je connais assez bien Saverne ils ont pendant très longtemps il y avait des spécialités oncologie gastro dans le même service et tout le monde participait à la permanence des soins. C'est ce qu'on fait ici moi je j'ai un PH d'endocrino qui ne fait que de l'endocrino mais qui est là depuis 10 ans mais qui est formée à la médecine interne de base. Et donc qui prend des astreintes même si elle dit qu'elle se sent pas à l'aise mais elle connaît ses limites elle sait quand il faut appeler. Moi je pense que le principal problème actuellement c'est ça. C'est le fait que tout le monde ce soit un peu désintéressé de cette médecine...

Pas noble

Cette médecine oui c'est ça considérée comme pas noble. Ou pas parce qu'elle n'est pas considérée comme pas noble mais plutôt simplement parce qu'ils ont peur de ne plus savoir faire parce qu'elle s'est complexifiée. Moi je suis fasciné si vous voulez, c'est un peu un récit de vieux con, mais moi les cycles de tropo. Je veux dire il y a une semaine la PH d'endocrino qui remplaçait dans un secteur, une dame en sepsis ça avec une pyélonéphrite bilatérale. Diagnostic fait aux urgences. Dans le service pour le relai et qui moins de 24 heures après fait un état agitée fébrile confuse petite tension tachycarde donc un peu affolement général mais on sait pas pourquoi l'interne fait une troponine, qui est élevée. On appelle l'interne de cardio etc.. finalement on la met aux soins. On m'appelle c'était clairement un sepsis clairement quand on en a vu un certain nombre on ne peut pas le rater. Un sepsis un peu sévère qu'il a fallu un peu surveiller. L'ECG n'était pas modifié, elle était tachycarde parce qu'elle était fébrile. On y a passé du paracétamol et moi je l'ai traité avec des vessies de glaces. Ça a beaucoup inquiété les internes qui me regardaient vraiment comme si j'étais au Moyen Âge. Sauf que l'interne a continué à doser la troponine, a rappelé l'interne de cardiologie qui en a référé à son chef de cardio. Enfin bref, on était à deux doigts de la coro en urgence alors que

cette dame n'avait aucune douleur thoracique avait un ECG qui n'était pas modifié. Il n'y avait aucune raison particulière enfin c'est ça qui est super dangereux.

Je pense qu'on a beaucoup à apprendre de ces réflexions là aussi aux urgences.

C'est pareil partout. Vous en plus vous êtes en première ligne c'est là où c'est le plus difficile. Nous on a l'avantage d'arriver déjà avec une partie des choses qui sont faites et on n'a pas la pression mais globalement je pense ce n'est pas seulement parce qu'ils considèrent que ce n'est pas noble c'est vraiment parce qu'ils prennent peur et ils prennent peur parce qu'ils n'ont pas été formés. C'est pour ça qu'on en revient au départ c'est pour ça qu'il faut former les gens pour qu'ils redeviennent un peu polyvalent et qu'il soit un peu plus sûrs d'eux et qu'ils ont la capacité de dire la troponine on s'en fout elle n'aurait pas dû être faite. Parce qu'après il ne faut pas se leurrer le cardiologue qui n'est pas sur le site, qui ne peut pas voir la malade et qui n'est pas forcément beaucoup plus expérimentés non plus et bien il va raisonner sur une troponine élevée sans avoir vu la patiente sans avoir le contexte en ayant au mieux l'ECG faxé enfin ce n'est pas de la médecine je veux dire. Et on est dans un CHU, on devrait avoir le meilleur de la médecine et en fait on a un truc complètement dégradé. Donc ça je pense que c'est le gros problème je ne sais pas comment le résoudre. Alors effectivement on peut repenser complètement le système comme vous dites dans des grandes structures avec des départements un peu polyvalents avec effectivement des spécialistes qu'on peut appeler au besoin mais c'est une refonte complète du système il faut avoir les besoins en médecin polyvalent. Il faut être suffisamment attractif et reconnu également. Moi je sais très bien que notre service est considéré comme la poubelle de l'hôpital. C'est pas la seule parce que je pense que la médicale B est bien lotie aussi. On sait que c'est ce qu'on dit de nos services. Or moi je n'ai pas du tout honte de ce que je fais je pense que je pense qu'on fait de la médecine pas si mal que ça.

Je pense que Monsieur Andres n'a pas honte non plus de ce qu'il fait

Eh bien voilà j'aimerais bien qu'on vienne voir un peu de temps en temps ce qu'on fait. Il faut être conscient que ce n'est pas du tout valorisé. Alors maintenant si la direction se rend compte que l'aval des urgences quand ça coince les urgentistes râlent alors voilà ça paraît dans les DNA alors c'est pas bien alors il faut trouver des solutions. Je pense qu'ils sont pas

très conscient de la complexité que ça implique derrière. Parce qu'on voit ce n'est pas simplement avoir des lits on va bien la tentation de certains gestionnaires d'avoir des lits, on remplit les cases et puis c'est tout. C'est malheureusement et je ne dis pas ça pour vous ni pour Pascal Bilbault parce que je sais qu'il est très conscient de ça. On voit ça parfois ; alors est-ce que ce sont les intérimaires ou les jeunes urgentistes je n'en sais rien. De dire voilà il suffit, il y a un lit et alors je mets le malade dans un lit et après c'est bon Tout est réglé. Non non alors quand on a mis le malade dans un lit c'est là que l'histoire commence. Il faut être sûr, non pas qu'il est le bon lit parce que je n'aime pas ce terme mais s'assurer qu'autour de lui il y aura tout ce qu'il faut.

Il faut voir qu'il y a un élément qui je pense est méconnu c'est que l'attente de lit d'hospitalisation (je vous ferai suivre un papier qu'on a écrit avec e Andres) est à l'origine d'une Morbi mortalité qu'on a jamais retrouvé dans... il y a même des services, quand il y a vraiment du *boarding* aux urgences vraiment des gens qui attendent, on monte les patients en brancard dans les services en attendant qu'une place se libère et on a montré qu'on diminuait le *boarding* qu'il n'y avait pas d'augmentation de la morbidité. C'est pour ça que quand y a la place nulle part et qu'on peut pas le prendre par exemple en hébergement ou autre chose et je me dis d'accord mais on fait quoi ? Je ne sais pas si vous vous avez une solution.

Je vais vous dire pourquoi ça ne marche plus. On faisait ça quand j'étais à l'internat et puis jeune chef on faisait mais à l'époque on avait beaucoup plus de marge en particulier au niveau du personnel infirmier. Parce qu'il y a quelques années avec Pascal on avait essayé même de prendre les malades un peu en flux continu. On avait réfléchi à ça justement les malades ils arrivent en flux continu aux urgences donc à chaque fois si on est obligé de dire on attend 14heures, 15 heures etc. pour faire monter le malade comment ça fait non seulement ça fait une espèce de tampon avec du temps perdu parce que justement on parle de la DMS on a beaucoup réfléchi. Mais malheureusement ce n'est plus possible actuellement parce que les malades sont de plus en plus lourds à la fois sur le plan soins nursing et sur le plan technique parce que justement les malades sont tous perfusés ils ont tous une surveillance nécessaire donc ils sont tous beaucoup plus lourd sur ces deux aspects là à la fois en nursing et à la fois en soins techniques avec des équipes qui ont été restreintes au maximum et donc maintenant c'est strictement impossible d'intercaler une admission au milieu de ça. Si on intercale une

admission les infirmières sont obligées d'arrêter ce qu'elles font et donc tout prend du retard et ça c'est plus possible quoi et donc c'est l'ensemble de l'organisation en fait il faudrait revoir pour effectivement. Moi effectivement j'ai connu ça on allait chercher les malades, on brancardait et puis on était un peu plus serins pour s'en occuper. Mais là c'est plus possible c'est pas tellement un problème médical c'est plutôt un problème paramédical de toute la chaîne parce que l'hôpital c'est tellement on a tellement voulu s'inspirer du modèle industriel enchaînant que maintenant on est complètement coincé par ça. On avait vraiment réfléchi à ça on s'était dit on va essayer d'en prendre le matin parce qu'il y en a qui sont arrivés dans la nuit qui sont au lit porte pourquoi on attendrait 14 heures ou 15 heures pour les prendre c'est du temps perdu. Mais même pour les prendre le matin on avait essayé de dégager du temps infirmier pour qu'elle on puisse faire l'admission etc. ça ne colle pas. Ça ne colle pas il faut faire la chambre donc il faut faire le départ le matin, que les ASH aient le temps de faire la chambre le matin et donc ça coupe leur propre emploi du temps ensuite elles n'ont plus le temps de distribuer les repas ou elles ne le font pas bien. On a optimisé l'organisation des services au sens gestionnaire et ben maintenant on a plus du tout la souplesse. C'est-à-dire qu'on garde une porte d'entrée qui n'est pas réglée parce que les malades arrivent en permanence et de façon... Et on a mis un truc extrêmement organisé : le brancardage etc. toutes les étapes de la prise en charge sont maintenant super organisées encore une fois dans le langage managérial, on a optimisé les moyens sauf que du coup on n'a plus du tout de marge de manœuvre. Je pense qu'il faut repenser l'ensemble du système en faisant admettre au gestionnaire que si on veut que tout le monde soit occupé à 100 % alors on n'a aucune marge de manœuvre. Si on veut récupérer de la marge de manœuvre et on est obligé d'en avoir compte tenu de nos missions on ne peut pas fonctionner enfin je m'échine répéter ça au directeur qu'il faut arrêter de gérer un l'hôpital comment on gère un hôtel ou un aéroport. Je veux dire on est sur des activités qui sont par essence au moins en partie non programmées. Donc si vous verrouillez vous n'avez aucune marge, aucune souplesse et ce n'est pas qu'un problème de temps médical c'est l'ensemble de la chaîne et qu'il faut revoir. En 20 ans on est passé d'un truc extrêmement organisé, extrêmement rigide et du coup on est coincé, on arrive plus à s'adapter.

Deux trois questions encore s'il vous plaît comment sont vécues les admissions non programmées dans le service

Ça dépend ce que vous appelez non programmé

Venant des urgences on va dire.

Bons alors ça ne pose pas de problème on a l'habitude

Vous n'avez pas l'impression que cette charge supplémentaire ça désorganise le service ?

Non parce qu'on s'est organisé pour faire du non programmé c'est-à-dire que pour nous il y a le programmé mais qui finalement est devenu minoritaire de notre activité en tout cas pas majoritaire. Et donc je pense que tout le monde du chef de service à l'ASH est conscient qu'on est là pour prendre les malades des urgences donc il n'y a pas de discussion sur ça j'espère au moins avoir servi à ça et d'avoir impulsé un peu cet état d'esprit que c'est notre boulot donc les malades des urgences pour nous c'est normal.

Niveau charge de soins vous pensez que c'est très dense pendant combien de jours ?

C'est-à-dire les malades qui viennent des urgences ? Très très variable c'est difficile de dire. Je dirais, nous on a la pression de la DMS on est poussé à faire sortir les gens le plus rapidement possible. Donc quand ça devient moins dense le malade n'a plus rien à faire ici quoi. Et nous notre grande inquiétude, je parle niveau médical, c'est les problèmes sociaux parce que les problèmes sociaux clairement on a plus forcément grand-chose à faire sur le plan médical mais ça nous prend quand même beaucoup de temps pour gérer le problème social. Il faut voir les familles etc.. C'est beaucoup de temps médical quand même et en même temps on n'a pas l'impression de faire le cœur notre métier et on ne libère pas un lit pour prendre un autre malade pour lequel on serait peut-être plus utile. Donc nous vraiment... On a 48 lits actuellement je pense qu'on a en permanence au moins 8 à 10 lits occupés par des gens qu'on n'arrive pas à sortir. C'est un minimum parce que tous les lundis matin on sort la liste des malades qui sont là depuis plus de 10 jours pour voir si c'est un problème social ou un problème médical. Et je pense qu'on a en permanence 10 malades qui n'ont rien à faire en secteur de soins. Et c'est aussi ça c'est nouveau les problématiques sociales qui sont beaucoup plus compliquées qu'avant.

Et ça c'est nouveau ? C'est quoi le sentiment qui vous anime vis-à-vis de ces malades là ?

Et bien on se sent complètement impuissant parce que ça ne dépend pas de nous. Les solutions ne dépendent pas de nous le problème n'est pas médical et quand il s'agit d'organiser des prises en charge par d'autres spécialités bon ça on sait faire. Les problématiques sociales qui sont vraiment encore une fois c'est plus simplement du moyen séjour ou simplement trouver une cure ou un truc comme ça c'est vraiment des situations extrêmement compliquées de gens qui sont en rupture de tout, il n'y a pas de référents. Enfin bon et donc on sait d'emblée que ça va être beaucoup beaucoup de temps passé.

Pourtant vous ne rechignez pas à les prendre ! Autant y a des services « à bah non il y a un problème social je ne veux pas » autant vous....

Bon bah nous il y a quasiment toujours une problématique sociale et on considère que voilà ça fait partie de notre job. Si on commence à ne plus prendre les problèmes sociaux on ne prend plus personne. Et puis de toute façon ces gens-là ne doivent pas rester aux urgences non plus donc c'est sans fin. Si vous voulez l'état d'esprit c'est de dire le malade est aux hôpitaux universitaires de Strasbourg donc il est. Donc sa place c'est clairement pas de rester aux urgences donc il faut bien que quelqu'un le prenne on va pas discuter 107 ans pour savoir qui le prend. Donc nous on a un lit. Ce qui implique vous le savez aussi bah si le lit est occupé par ce malade là on n'en prendra pas un autre. Donc c'est l'équilibre qu'on essaye de maintenir avec vous pour dire que on prend tout mais faites attention parce que une fois qu'on sera plein par ce genre de malade et bien on ne rendra plus le service que vous êtes en droit d'attendre. À vous d'essayer aussi de ne pas nous saturer avec ce type de problème sinon on n'y arrivera pas. On sait très bien que vous il faut vider les urgences mais donc on ne va pas, si vous avez déjà fait le tour et que les autres l'ont refusé nous on prend on a un lit on le prend ça ne sert à rien de discuter. Ça vous fait perdre du temps à vous et au final on finira par le prendre.

La pression de la DMS comment vous la vivez ? Est-ce que vous la ressentez ?

Moi je la vis bien parce que je m'en fous je considère que ce n'est pas ma vocation de traiter la DMS. Mais oui on a des réunions avec la direction on nous fait remarquer qu'on n'est pas bon avec la DMS. Ce qui est d'ailleurs faux on a fait le calcul tout récemment. Ce qui nous

plombe la DMS et l'IPDMS c'est justement ces gens-là. On a fait le calcul récemment et c'est vrai pour tout le pôle pas que pour nous. Quand on isole les séjours, 5 jours, 10 jours... si on découpe un peu on a des IP DMS largement inférieur à 1. Donc sur les séjours courts on n'est pas mauvais en fait. Par contre, sur les séjours très long qui font 40, 60 jours voire au-delà là effectivement on est très mauvais mais nous on les connaît ces malades ce sont des bed blockers avec des problématiques sociales absolument insolubles et pour ces malades là on est assez à l'aise de toute façon parce que on a fait tout ce qu'on a pu quoi ça ne dépend pas de nous quoi.

Et cette DMS est-ce que ça vous influence ou pas dans le fait de prendre ou pas des malades ? Pour certains services ça l'est.

Oui je sais mais moi je veux dire si on met le doigt dans cet engrenage alors on est mort. Moi j'ai eu ces discussions avec certains de mes collaborateurs. J'ai entendu ça de la part d'une diabétologue que je ne citerai pas. Et ben tiens on va mettre une pompe parce que si on met une pompe le patient sera classé dans un autre GHM et ça rapportera plus. Si on rentre comme médecin dans ce jeu-là alors je pense qu'on a totalement perdu le sens de notre métier. Donc nous sommes le service public on a des malades à soigner on soigne les gens. Très franchement le DMS je m'en fous. J'ai été chef de pôle pendant huit ans je n'ai jamais emmerdé enfin bon. Après si les gens n'ont plus rien à faire à l'hôpital ils sortent voilà parce qu'ils n'ont plus rien à faire à l'hôpital mais pas à cause de la DMS. Mais c'est vrai que la pression du gestionnaire....

Encore une dernière question vous avez dit tout à l'heure qu'il y avait une lourdeur des soins et que les infirmières le vivaient mal et que ça pouvait poser des soucis vis à vis des médecins et vous avez ajouté « surtout en ce moment ».

Oui est-ce qu'on a 2,5 seniors en moins depuis le 1er novembre donc c'est plus compliqué oui clairement

Et est-ce que vous pensez que c'est lié à cette activité non programmée importante ?

Non là c'est conjoncturel, congé maternité.

Vous considérez être attractif ?

Non justement on a un problème d'attractivité qui est clair mais ça c'est tous les services de médecine interne en particulier ceux des HUS en tout cas. La polyvalence l'aval des urgences effectivement ce n'est pas attractif.

Pourquoi ce n'est pas attractif vous pensez ?

Parce que ça a l'image d'une médecine effectivement peu noble comme vous disiez tout à l'heure, parfois pas intéressante, effectivement contraignante aussi parce que c'est vrai que le non programmé vous êtes bien placé pour le savoir quand vous pensez pouvoir partir bah non y a le malade qui décompense etc. donc on part parfois tard. Moi je trouve ça intéressant mais il y a des gens effectivement il y a des contraintes du coup qui sont associées à ce non programmé et ce n'est pas.... Je n'aime pas le thème de valoriser parce que ce n'est pas un problème financier mais c'est un problème de reconnaissance par rapport aux collègues c'est vrai. On est parfois regardé de haut par certains collègues, je pense que les urgentistes vous connaissez. Ce que vous faites c'est nul ce n'est pas intéressant tout le monde peut le faire. Tout le monde peut le faire mais en même temps personne ne le fait et vous êtes finalement plutôt contents qu'on le fasse. Il y a mais je pense que les urgentistes sont bien placés sur ce ressenti là.

Je trouve que ça va mieux. Depuis 15 ans que je suis urgentiste ça a beaucoup changé l'image de l'urgentiste.

Oui ça va mieux. Ça a beaucoup changé aussi parce qu'ils sont bien contents qu'il y ait d'autres gens qui le fassent qu'eux. Mais c'est pareil nous aussi ils sont bien contents qu'on le fasse mais ça reste considéré comme une activité... Après moi je sais que ce soit les internes et surtout des chefs par exemple les rhumatologues qui sont très contents d'avoir fait un assistanat parce qu'ils sont du coup beaucoup plus à l'aise dans leur pratique ils ont appris un petit peu à se débrouiller dans les situations un petit peu chaude. Mais bon voilà après il faut accepter de mouiller le maillot, cette contrainte. Moi je vois dans notre spécialité ici c'est l'endocrino. On voit bien le profil des endocrinologues qui viennent ce ne sont pas des endocrinologues qui ont envie d'être tranquille de passer régler leur dextro et après il ne se passe plus rien. C'est ceux qui ont gardé une petite appétence pour l'urgence ou les situations

un petit peu complexe et ceux-là on arrive à les accrocher. Et après il y a des choses toutes bêtes la question des contraintes. Moi j'ai la chance d'avoir des seniors qui sont très très bien très motivés. Je veux dire il y a une excellente ambiance mais il y a une contrainte ils sont jeunes ils ont des enfants en bas âge. Donc à partir de 17 heures ils commencent se dire ouf il faut que j'aille les chercher les enfants à la crèche et donc il faut derrière qu'on soit très vigilant sur l'organisation pour qu'il puisse effectivement partir.

Vous essayez d'adapter un peu l'activité

Pas l'activité non ! L'activité on ne peut pas. Mais par contre l'organisation médicale... moi je n'ai plus d'enfants en bas âge mais je sais que pour être attractif. Le staff on l'a retardé le matin parce qu'ils n'arrivent pas à être l'heure le matin parce qu'on a déposé les gamins. Tant pis. Qu'est-ce que vous voulez que je fasse moi c'est ça ou ils ne viennent pas donc... Et c'est le prix pour les garder parce que je sais qu'ils peuvent se retrouver très facilement dans d'autres hôpitaux ou des cliniques des postes moins contraignant beaucoup mieux payés. Là aussi c'est compliqué, on n'est pas égaux ce point de vue-là.

(Discussions autour du projet d'unité de poste urgence)

(Il évoque les difficultés qu'il a eu à une époque où il avait tenté de faire cette unité... malheureusement coupé) ... unité est dédié uniquement à l'aval pour essayer aussi un peu mordu les doigts parce que c'était super dur parce que du coup les unités qui ne sont pas armées pour ça. Je crois surtout que ce n'est pas médical c'est surtout le paramédical.

C'est ça qu'il faudrait imaginer j'en ai parlé avec Madame Billing et on imaginait plutôt de réfléchir en termes de flux et qu'il y a une espèce de charge de soin initial qui est très importante et il faut un renfort infirmier à ce moment-là.

Alors ça on l'a longtemps expliqué à la direction parce qu'ils sont sur les quotas ils n'ont pas pris conscience que le profil des malades a complètement changé. Avant nous avions des malades qui attendaient des examens voilà ils n'étaient pas perfusés qui regardaient la télé et ceux-là n'était pas lourd. Mais ça ça n'existe plus ils sont tous très souvent dépendants mais sinon ils sont instables et ils ont tous quasiment une perfusion et une perfusion mine de rien c'est des gestes infirmiers c'est du temps.

Entretien 7

Je vous présente d'abord mon service, nous avons 73 lits de gériatrie aiguë. Donc 48 lits à Schützenberger dont 12 qui sont actuellement fermés par manque d'infirmières, 36 en pratique. Et 25 en Médicale B. On est organisé : la Médicale B prend quasiment exclusivement des urgences venant de le NHC. Et nous prenons des patients soit du domicile ou soit des urgences de Haute-pierre. Sachant qu'il peut y avoir une certaine souplesse. Les demandes passent par mon secrétariat. Les profils ce sont des malades âgés, voire très âgés qui à l'occasion d'une pathologie aiguë ou d'une décompensation d'une maladie chronique sont à haut risque de perte d'autonomie fonctionnelle. Alors on prend également les dépendants, les très dépendants, ceux qui sont confinés au lit ou fauteuil voir leur

Est-ce qu'il y a une différence entre les patients envoyés par les médecins généralistes et les patients des urgences ?

Je ne peux pas vous répondre c'est plutôt une impression. En Médicale B ce sont beaucoup de pathologies aiguës cardiaques, infectieuses qui sont prises en charge. C'est des personnes très dépendantes, certainement médicalement un peu plus lourdes. Ici à Schützenberger c'est un service de gériatrie, le recrutement c'est le cognitif et les chutes, souvent le retour à domicile est compliqué. Généralement il y a de multiples facteurs mais je pense qu'ici les patients sont plus légers qu'en Médicale B.

Vous ne faites pas de différence entre un patient adressé par un médecin généraliste et un patient adressé par les urgences ?

Non c'est proche c'est les mêmes malades. Voici les paramètres d'activité ; On est à IPDMS aux alentours de 1. Ce qui est très bien pour un service de gériatrie, c'est une durée moyenne de 10 jours. Et un taux d'occupation délit de 99,50 %. Les malades par les médecins généralistes, ça peut attendre qq jours, ce sont des troubles cognitifs, des altérations de l'état général, des chutes et ça peut attendre qq jours amis si on n'y répond pas rapidement soit ils se dégradent à domicile soit ils passent par les urgences.

Plus globalement quelle est votre opinion sur les admissions des soins non programmés aux HUS ?

Les trois quarts des patients admis en gériatrie proviennent des urgences et un quart du domicile. Je ne fais plus de garde aux urgences depuis un certain temps, mais j'en entends parler. Les assistants parlent de conditions de travail difficiles, donc les admissions des soins non programmés au HUS, c'est ça votre question ? Je préférerais répondre uniquement pour la gériatrie. En gériatrie si on peut éviter un passage aux urgences on essaye de le faire. Les marges de manœuvres sont limitées, nous avons à peu près 6 à 10 lits par jours à proposer, les lits sont occupés. Si on pouvait éviter les passages évitables aux urgences ce serait une bonne chose. Mais on a la faiblesse de l'éloignement du plateau technique quand le malade a besoin d'un examen complémentaire urgent, il vaut mieux passer par les Urgences et éviter ainsi un deuxième transport en ambulance. Il y a donc l'éloignement qui est en notre défaveur et puis à 10h les admissions sont prévues. Donc si un médecin traitant nous appelle à midi c'est trop tard. Soit il attend 24 heures soit il envoie son malade aux Urgences. Notre limite c'est le manque de lits, tous nos lits sont occupés à 10h et le deuxième c'est l'éloignement du plateau technique. Comment ça se passe au niveau de la gériatrie je pense qu'un certain nombre de passages pourrait être évité, si on avait plus de lits. La marge de manœuvre est quasi nulle. Aux HUS je ne sais pas comment les autres services sont organisés. Nous avons deux fonctionnements par rapport aux Urgences. Je veux un fax premièrement pour que l'interne écrive et réfléchisse à son texte et deuxièmement là actuellement ce n'est pas le cas car c'est calme mais il y a des périodes où nous avons 10 à 15 demandes pour 3 ou 4 lits. Avec la secrétaire qui a les médecins traitants et les fax des Urgences, on décide alors lesquels sont les plus urgents. Je préfère avoir des faxes ça permet d'avoir les demandes sous les yeux.

Et globalement sur l'ensemble de l'établissement est-ce que vous avez une idée de comment ça se passe ?

Non. J'ai l'impression que ça se passe mal mais je ne sais pas pourquoi peut-être un problème d'organisation. Je ne sais pas comment sont accessibles les services. Est-ce qu'ils ont un numéro dédié ? Est-ce qu'ils donnent des réponses ? Quand ça les intéresse ils prennent et quand ça ne les intéresse pas ils ne prennent pas ils disent de se débrouiller ? Ici nous sommes isolés à la Robertsau. Il y a un certain équilibre : la Médicale B a le NHC et le domicile à Hautepierre. Mais le directeur général a neutralisé un service entier de gériatrie en 2015.

Transformé en lit de SSR, donc un moindre mal. Ce service a réouvert en 2019.

L'engagement était : 2 unités à Schützenberger, une pour les urgences une pour le domicile. L'équilibre était respecté. Là c'est plus compliqué, en période hivernale quand tout le monde est en tension, respecter l'équilibre est difficile. Soit on prend des Urgences et on dit au domicile d'aller aux Urgences ou ailleurs, soit on prend directement du domicile et on ne répondra pas au service des Urgences. Je pense que quand on a un médecin traitant qui nous dit si vous ne le prenez pas ou si ça ne va pas je l'envoie aux urgences ou je peux tenir 24-48h, on a plutôt tendance à privilégier le domicile. Mais j'aimerais bien qu'un directeur me dise ce que je dois faire, mais je pense qu'ils ne me le diront pas.

Quelles solutions imagineriez-vous ?

Très clairement il manque de lits de gériatrie aiguë. Car la population est vieillissante et il y a de plus en plus de personnes avec des poly-pathologies et dépendantes ou risque de perte d'autonomie.

Vous pensez que ça n'a pas été anticipé ?

On peut améliorer les choses certainement, mais qui adresse les malades dans le fond, c'est la médecine générale ça peut donc être amélioré par une collaboration avec la médecine générale avec les unités mobile de gériatrie. Il faut que les médecins traitant fasse appel aux équipes mobile de gériatrie/ Actuellement au niveau de Strasbourg ça se structure. Il y a une plateforme territoriale d'appui. : la PRAG (plate-forme territoriale d'appui aux généralistes) il y a maintenant quatre coordonnateurs de soins. Ils sont localisés à l'hôtel du département. Il y a aussi la « Maia » pour les situations sociales complexes. Il y a des situations qui pourraient être anticipées. Mais en premier lieu c'est à la médecine générale de s'appuyer dessus. Notre équipe mobile de gériatrie, je ne sais pas si vous allez voir Catherine Fernandez. Elle pourra vous aider elle connaît mieux le domicile. Elle a des contacts réguliers avec la PRAG et la « Maia ». Il y a tout un réseau. Le problème de l'unité mobile de gériatrie c'est qu'elle ne répond pas sous 24 heures plutôt huit à 10 jours. Mais il y a des situations qui pourraient être certainement anticipées. Il y a des situations comme la pneumopathie ou le cardiaque qui fait que les personnes arriveront de toute façon aux Urgences. Il y a de plus en plus d'insuffisances respiratoires chroniques non diagnostiquées et qui arrivent à l'hôpital pour décompensation. À mon avis il y aura de plus en plus de personnes âgées ou très âgées qui

auront besoin d'hospitalisation pas forcément en passant par les Urgences. Ça va aller en crescendo à condition qu'on les hospitalise encore. S'il n'y a pas de places à l'hôpital et si les Urgences sont pleines, et où ils passent des jours sur des brancards.... Une dame à domicile je n'étais pas fier de moi, j'ai eu le médecin traitant, elle a été envoyée la veille du we. Le lundi je me suis tout de suite enquéri, elle avait passé deux nuits sur un brancard. C'est terrible. Nous, il nous faudrait plus de lits de gériatrie aiguë. On fonctionnait très bien quand on avait 49 lits de gériatrie aiguë et 108 lits de SSR en aval. Actuellement, on est à 61 au lieu de 73 et en SSR on est à 76, car sur les 108 lits, il y en a 18 fermés par manque de personnel infirmières et il y a 14 lits qui sont bloqués pour des malades ayant des bactéries hautement résistantes.

Et pourquoi on n'ouvre pas plus de lits en gériatrie à votre avis ? Parce que si on parle financement, c'est quelque chose qui rapporte.

Oui. On est un pôle bénéficiaire. On rapporte plus d'un million d'euros par unité de gériatrie aiguë et le SSR et dotation de financement était à 1 millions de bénéfices là en tout la gériatrie c'est 1 600 000 donc toute la gériatrie c'est 3 millions.

Toutes les unités qui font l'aval des urgences sont bénéficiaires.

Mais vous connaissez comme moi la politique ministérielle : fermeture de lits et un bon directeur applique ces objectifs. Ce qu'on demande c'est une maîtrise absolue de la masse salariale et cette maîtrise passe par des fermetures de lits. Je pense qu'à Strasbourg le directeur a compris que c'était une très mauvaise idée de fermer des lits en gériatrie aiguë, ils ont donc été réouverts. Mais là on manque d'infirmières. Il y a une volonté de rouvrir des lits.

Vous pensez que ça a changé ? Qu'est-ce qu'il aura fait changer d'avis ?

Deux choses : le bazar aujourd'hui aux Urgences, ça ça les a.... Et maintenant des consignes ministérielles. Mais avant tout c'est la tension aux Urgences qui a fait changer...

Est-ce que le facteur financier n'a pas joué vous pensez ? J'ai du mal à comprendre, alors qu'on demande aux hôpitaux de faire des marges bénéficiaires comme une entreprise, qu'on ferme des lits dans des unités qui rapportent de l'argent.

Est-ce qu'on rapportait de l'argent, quand ça a été neutralisé ? On avait fin 2014 un IP DMS à 1,41, ce qui n'est pas très bon. En 2015 à 1,15 ce qui est pas mal. Actuellement avec un IP DMS à a, nous rapportons 1 million d'euros. Mon explication, comme maintenant je fréquente la direction générale, le problème c'était de mettre les hôpitaux à l'équilibre. Mais pas en créant de l'activité mais en maîtrisant la masse salariale. Parce que dans le fond qui paye l'activité c'est la sécurité sociale. Donc l'objectif, et là j'en suis convaincu avec mes relations et les discussions que j'ai eu avec le directeur général. Le directeur général quand il vient nous voir c'est pour fermer des lits en général c'est mauvais signe. Son objectif c'était de mettre l'hôpital en équilibre par la maîtrise de la masse salariale sans augmentation de l'activité. Une augmentation de l'activité à moyens constants pourquoi pas. Ceci est mon interprétation mais j'en suis profondément convaincu. Donc un bon directeur est sensé regarder la population, mais je n'ai pas l'impression qu'il y a eu cette réflexion. En CME j'ai posé la question sur les très bons résultats qui avaient aussi en partie été basé sur l'augmentation de l'activité mais la commission interministérielle COPERMO disait certes il y a l'augmentation de l'activité mais il faut également réduire les dépenses. L'objectif c'était réduire les dépenses et dans un hôpital 70 % des dépenses c'est la masse salariale donc c'était un véritable objectif la réduction de la masse salariale. C'était un peu un tabou. Le DGA de Strasbourg m'a dit il n'y a pas très longtemps que l'objectif de 2015 avait été la fermeture de 300 lits. Et il m'a dit qu'ils étaient à 180. Lors de ces fermetures de lits je m'étais opposé, jamais passé en CME. Bilbault et Kopferschmidt me soutenaient. Mais il m'a dit qu'effectivement il devait passer devant cette commission (COPERMO) en 2015 avec 50 lits de fermés. Il y a donc eu 24 lits de gériatrie et 15 lits de O.R.L.

Pourquoi ils se sont attaqués à la gériatrie c'est quand même étonnant ?

Il est vrai que nous n'avons pas de bons paramètres d'activité. C'était l'argument qui m'avait été donné. Ça m'a un peu bousculé je ne vous le cache pas. Et nous avons eu la chance d'avoir des lits de SSR à la place, du coup nous n'avons pas été pénalisé. Ça c'est grâce à l'ARS. En début avril 2015 nous devions fermer 25 lits, je lui ai dit OK en Médicale B, il m'a dit non à Schützenberger. Je lui ai dit que ça n'était pas possible, vous ne pouvez pas m'imposer une organisation. Je ne peux pas continuer à travailler dans ces conditions. Il m'a dit que c'est le directoire. Un mois après j'ai été reconvoqué et là, il m'a dit l'ARS accepte de transformer ces lits de gériatrie en SSR. Alors qu'on nous disait que techniquement c'était

impossible comme il y avait de la T2A et les autres c'est du DAF. Et je pense que Monsieur Haber l'ancien directeur général de l'ARS Alsace a compris la bêtise et a transformé ces lits en SSR, c'est mon interprétation.

C'est quand même étonnant de fermer des lits en gériatrie. Dans le Sud-Ouest, ils parlent de tsunami gériatrique.

Et donc, on s'en est bien sorti. Le DG nous a finalement quand même donné les moyens car il a laissé les effectifs médicaux c'est-à-dire de PH et de chefs de clinique. J'ai pu mettre un PH et un chef de clinique par unité. Avant dans certaines unités il n'y avait qu'un seul médecin pour 24-25 lits.

Et au niveau du recrutement médical pour vous ?

Ça va. Pour l'ouverture de la transformation, il a créé un poste de PH, on est pas passé par les instances ça a été décidé comme ça. Et quand il a réouvert enfin il dit que c'est création mais moi je dis qu'il a réouvert car il m'a toujours dit si vous avez une filière active et si votre IPDMS est inférieur à un et bien on réouvrira ses lits. On est arrivé à un moment à une IPDMS de 0,92 et taux d'occupation de 99,50%. Ce n'est pas ça qui a fait bouger les choses c'est la pression des Urgences qui a fait bouger les choses. Et donc pour finir à cette création de lits, j'ai eu 2 PH et un assistant. Donc en gros j'ai eu pour le même nombre de lits 2 PH et un assistant en plus et pour le SSR un PH sans beaucoup de discussion.

Les postes sont-ils occupés au niveau du pôle de gériatrie ?

Oui. Nous sommes 3 PU, 14 PH. 2 chefs de clinique et 6 assistants.

C'est attractif ? Est-ce que vous avez du mal à recruter ?

Non nous n'avons pas du mal à recruter tous les postes sont pourvus.

Il y a d'autres services qui font l'aval des Urgences et qui ont plus de mal à recruter des médecins.

La médecine interne, oui.

Vous l'expliquez comment ?

Les internistes veulent tous faire de l'infectio ou de l'immuno. En gériatrie on est en DES depuis 2017, on a 6 postes en Alsace, mais avant on ne l'était pas. Mais on a réussi à recruter dans d'autres disciplines, on a un neurologue qui est PH, on a un MPR, on a un ancien médecin du travail on a aussi recruté de la médecine générale et là ça faisait longtemps qu'on n'avait pas recruté d'interniste et en novembre 2020 nous aurons deux chefs de clinique issus de la médecine interne et qui ne vont pas en médecine interne. Ils étaient d'emblée motivés par la gériatrie aigue. C'est un projet gériatrique, ils l'avaient d'emblée en tête.

Est-ce que vous pensez que vous que vous avez moins de problèmes de recrutement parce que vous êtes bien identifié comme de l'aval des Urgences ?

Je ne pense pas que ce soit l'aval des Urgences qui motive les gériatres à venir chez nous c'est la médecine gériatrique qui les intéresse.

Ce que je veux dire, c'est qu'ils savent à quoi s'attendre. Et c'est ça qui les intéresse ?

L'aval des urgences c'est la gériatrie aigue. (Explique le fonctionnement et le logigramme du service)

L'impression que j'ai eu en regardant d'autres services c'est que l'admission des soins non programmés venant des Urgences, c'est souvent des malades très lourds et ça peut être un frein pour des recrutements.

Je pense qu'ils sont plus lourds en Médicale B c'est, de la médecine. Après on tourne... Comme c'est service de gériatrie aiguë il nous faut donc de l'aval. Il nous faut des moyens médicaux mais également un service de kiné et d'ergothérapeute pour les pertes d'autonomie et les troubles cognitifs, il faut du temps social pour organiser les choses, diététicienne, voir psychologue. Si nous n'avons pas cette équipe pluridisciplinaire, nous ne pouvons pas faire de gériatrie de qualité.

Est-ce que vous pensez que la Médicale B par exemple n'a pas ses moyens ? Les services du professeur Andrès ou du professeur Goichot ? en quoi c'est différent ?

En gériatrie on a cette plate-forme de services différents qu'ils n'ont pas en Médicale B. Nous avons un ergothérapeute, kiné, psychologue etc. Il y a toute cette prévention de la perte d'autonomie, de l'indépendance fonctionnelle et ça dans un service de médecine interne ils ne l'ont pas. Ils ont juste des kiné. Ils ont la compétence médicale mais il y a en gériatrie toute l'équipe pluridisciplinaire autour de la perte d'autonomie et des moyens qu'ils n'ont pas. Et puis c'est quelque chose qui ne les intéresse pas non plus.

Les autres services pensent que ces patients sont très lourds. Ils demandent beaucoup d'énergie beaucoup de temps, ils restent longtemps dans le service. C'est plus lourd que du programmé, du coup ils ont du mal à recruter dans leur service des médecins intéressés par ce type d'activité. Je suis donc étonné que vous soyez une unité d'aval des Urgences et sans doute la plus importante, en pourcentage vous êtes en activité de soins non programmés est la plus importante 75 %. C'est intéressant que vous puissiez recruter des médecins ici alors qu'ils n'y arrivent pas dans les services de médecine interne qui font de l'aval des Urgences.

Nous, les profils de patients qui viennent directement du domicile ou des Urgences sont tout de même assez proches.

Vous arrivez à recruter des médecins qui aiment ça, qui aiment faire l'aval des urgences.

Il y a peut-être une école gériatrique strasbourgeoise.

On voit bien que les professeurs Andrès et Goichot sont en équilibre fragile. Il y a des choix stratégiques pour les maintenir d'ailleurs qui sont différentes d'un service à l'autre. (...)

Nous on a effectivement un gros souci d'infirmières parce que c'est dur. Au niveau médical c'est plus stable. Mais tant que l'équipe est au complet ça va mais il faut du médical, des infirmières et tout ce service technique complet pour que ce soit fonctionnel. Il faut du temps social, kiné, ergo, diététicien. Sinon ça ne sera pas une médecine de qualité.

Vous avez du mal à recruter les infirmières ? Le ratio est différent d'un autre service ?

C'est difficile pour les infirmières parce que c'est dur, physiquement dur. Le ratio est le même que dans les autres services.

Vous avez une politique spéciale pour les infirmières ?

Non c'est difficile avec 350 lits, c'est plus au niveau des cadres. C'est plus une politique des HUS. C'est-à-dire la polyvalence, le minimum pour faire tourner les choses avec une activité rendement maximal. On a du retard dans notre politique d'attractivité et dans notre politique actuellement il manque 88 postes d'infirmières aux CHU. Nous en sommes là, à cause de la politique menée depuis 4-5 ans de maîtrise de la masse salariale et donc de fermeture de lits. Clairement la situation s'est dégradée même si nous n'atteignons pas certains autres pays. Mais clairement la situation s'est dégradée en 4-5 ans j'ai vu en tant que chef de pôle. Et j'ai vécu les 4 années les pires de ma carrière. Cette situation., je l'ai très mal pris. Vu les besoins de la population et je me sentais responsable de la fermeture de lits. Probablement en partie, nous n'avions pas assez d'activité. Je me sentais responsable de la fermeture de lits. Si j'avais une meilleure activité, une meilleure IPDMS, peut être que la direction en me serait pas tombée dessus. En tout cas c'est l'argument qu'on m'a donné. Je ne pouvais pas dire ce sont des cons ce n'est pas de ma faite.

L'IPDMS n'était pas un objectif à l'époque ?

La politique était différente à l'époque. Quand on était en attente de places en EHPAD ces patients là on les gardait en médecine, pour ne pas prendre toute la place en SSR. On avait clairement dit priorité aux SSR aux patients qui pouvaient avoir une rééducation. On avait 73 lits de médecine et 84 lits de SSR. Donc on ne transférait que des gens qui pouvaient bénéficier de rééducation. À ce moment des fermetures de lit nous sommes passés de 73 à 49 lits en Médicale et de 84 à 108 lits en SSR. Donc tous ces patients qui étaient en attente d'institution, on les a transférés en SSR. Ce qui a permis de diminuer notre PDMS et d'être plus performants sur le plan économique. Finalement on s'en sort bien en gériatrie. Et nous sommes arrivés jusqu'à une IPDMS à 0,92. Je me suis rendu compte qu'il y avait un patron à l'hôpital, c'est le DG et son objectif ce n'était pas les besoins de la population mais le

contrôle de la masse salariale. Finalement le coup dur de ces fermetures de lits dû à ce directoire ne m'a pas plus touché que ça car j'ai toujours eu le soutien du milieu médical des médecins de tout le pôle et des Urgences. Pour moi c'est le principal. Actuellement chaque pôle se recroqueville sur soi-même en espérant que ça tombe à côté, il y a eu peu de soutien des autres pôles sauf les urgences. On s'est recroquevillé dans notre pôle et finalement on avait une bonne équipe, et on a une population pour nous. (.....) Je n'avais pas sollicité le soutien de la communauté à l'époque. Vous remarquerez que le nombre de lits fermés à l'époque correspond au nombre de lits réouverts mais qu'il n'arrive pas à rouvrir par manque de personnel, à la place du DG je serai honteux.

Ce qu'ils appellent dialogue de gestion c'est un dialogue de sourd. Lors de ces dialogues, on nous a dit que nous en sommes à la moitié des objectifs de fermeture de lits, c'est effrayant.

Comment imagineriez-vous l'hôpital de demain ?

Je vous parle en gériatrie. Je pense qu'il y aura des besoins plus importants. Il faut qu'on se rapproche du plateau technique. Impossible de mettre à chaque fois un malade dans une ambulance pour un scanner, c'est compliqué. Et radiologie que le lundi et le jeudi. Pour éviter les passages aux Urgences, il faudrait être plus près du plateau technique. Quand on s'est rapproché de Médicale B en 2008, c'était pour deux choses : se rapprocher du plateau technique et pouvoir faire des travaux à Schützenberger. C'était pour quatre ans. On y est maintenant depuis 10 ans. On nous promet 50 lits à Hautepierre mais je ne sais pas quand ça sera fait. C'est important d'être à proximité du plateau technique.

Et répondre aux besoins de cette filière de soins non programmés ? J'étais de garde ce week-end et c'est impossible de placer les gens. Tous les lits sont occupés. Je viens d'un endroit où il y avait des procédures d'hébergement pour placer les gens. Ici il y a des histoires incroyables. Personne n'en a rien à faire même sur des patients qui ont des pathologies cardio, gastro etc. personne n'en a rien à faire. Ils répondent tous qu'ils n'ont plus de lits. Seulement du coup les patients se retrouve à l'UHCD et ce n'est pas une solution. C'est une catastrophe. On s'occupe de tout et de rien, donc on ne fait rien. On arrive à des situations où une personne âgée arrive pour une fracture elle se retrouve déshydratée, désadaptée à la marche.

Si on avait des lits on en prendrait plus. On devrait avoir ces patients le lendemain dans notre

service, si le jour même il n'y a pas de place. Le lendemain il devrait être chez nous ça devrait être automatique.

Pourtant on n'y arrive pas, vous le savez très bien

C'est très compliqué car si nous sommes en tension cet hiver où il y a 10-15 demandes pour 3-4 lits. Ça sera une tension. On ne pourra pas prendre les malades. Il y a deux possibilités soit on prend du domicile soit des Urgences. Mais quand je pose la question au directeur, personne ne me donne de réponses mais c'est peut-être à moi de... Il y a des pertes de chance en laissant à domicile comme de laisser à domicile. Alors oui il faut de la place pour la gériatrie aigue. On nous promet 50 lits à Hautepierre et je pense que dans quelques années il y aura aussi 50 lits NHC. Ces patients sont de plus en plus nombreux, de plus en plus malades, de plus en plus instables, et quand ça ne va pas, il n'y a plus rien qui va. Il va décompenser de tout. C'est de la gériatrie aigue. Je ne suis pas tout à fait d'accord pour de la médecine polyvalente. Il y a également la formation de la décompensation en cascade du malade sur le plan cognitif. Un interniste ne connaît pas cet aspect cognitif. Et puis la médecine polyvalente, ça sera le même problème, Je suis une structure qui prend des malades du domicile ou des Urgences. Des personnes âgées de gériatrie aiguë, mais je ne suis pas un service de post-urgences, avec les compétences d'une unité de gériatrie aigue avec des compétences de gériatrie. Et la médecine polyvalente ne pourra pas prendre ce genre de malades avec perte d'autonomie fonctionnelle, car elle n'aura pas la formation et les équipes. Peut-être qu'un jour il y aura des passerelles. Moi je pense que la mission de la médecine interne c'était de la gériatrie mais la médecine interne n'était pas capable, ne souhaitait pas remplir cette mission-là. Et n'a pas les moyens.

Ça serait très intéressant de venir voir comment fonctionnent les trois services. C'est justement le thème de ce travail. C'est un travail de Master et après j'aimerais faire une thèse de sciences sur le management des services hospitaliers. Pourquoi ce service des urgences fonctionne et un autre pas ? Pourquoi un service qui fait l'aval des Urgences fonctionne et un autre pas ? Quels sont les ressorts de motivation pour les équipes médicales et paramédicales ?

Nous ici, en infirmières, je ne sais pas, si on est exemplaire on pourrait faire beaucoup mieux.

Vous ne pensez pas que le médical est exclu du management paramédical ? J'ai été chef du service des Urgences. J'ai commencé il y a 6-7 ans, j'ai construit ma gestion des équipes sur le personnel paramédical. On a créé un esprit de corps au sein du personnel paramédical. Et j'étais un leader dans les pratiques qu'elles avaient, plus que la cadre. Et on travaillait en binôme avec la cadre, une autre cadre est arrivée très intéressée par la gestion des risques, je le suis également. On s'est très bien entendu. Elle a été harcelée par la nouvelle direction des soins. Ils nous ont mis une autre cadre qui nous a complètement exclu, qui faisait des réunions sans nous, sans nous prévenir. La directrice des soins disait que ça n'était pas à moi de gérer le paramédical. Je pense que la direction doit comprendre que ce qui donne sens, c'est de travailler avec un médecin. Actuellement en gériatrie, c'est sans doute le point faible du pôle. Point faible au niveau du soin infirmier parce que ce sont des pions qu'on déplace, c'est la polyvalence, ce que le cadre sup applique comme politique, c'est ce que la direction lui demande et la DRH et c'est le DG. Ça fait des années que la direction des soins a été phagocytée par la direction, par l'administration. Résultat on maltraite un rouage essentiel dans une équipe. Elles sont maltraitées. Les cadres sont maltraités et les infirmières. Un bon cadre, c'est un cadre qui fait de bons plannings (ironique). Là, on est en difficulté et c'est peut-être pour ça qu'on a du mal à recruter.

Est-ce que vous voyez un autre service qui pourrait s'occuper de gériatrie dans les HUS ?

Non.

Et s'il y avait des unités plus dédiées à l'aval des Urgences : plus grandes qui fonctionneraient un peu différemment avec par exemple l'unité mobile de gériatrie qui passerait repérer des patients qui étaient mal orientés ?

Ça vous verrez avec l'unité mobile. C'est ce qu'ils font. C'est souvent un problème d'organisation. Ces patients, il vaudrait mieux directement les orienter, quand il y a de la place dans le service de gériatrie. Actuellement on fonctionne en dégradé. La médecine polyvalente ne remplace pas la médecine gériatrique. Cognitif, hiérarchisation des traitements ils sont mal à l'aise, on a une réflexion dessus. Il n'a pas d'étude sur les très vieux, la moyenne d'âge dans mon service est de 86 ans. Et puis on a une réflexion que vous avez aussi aux Urgences : le niveau de soins. En gériatrie nous avons une vraie réflexion là-dessus.

Effectivement il y a des services maximaliste quel que soit l'âge. J'ai une dernière question comment qualifieriez-vous vos relations avec les urgences ?

Globalement bonne. Sauf avec certains urgentistes qui ont comme objectif et je peux le comprendre de caser le malade à tout prix. Au sens de vider véritablement les Urgences sans qu'on ait l'impression qu'il y a la réflexion : du bon malade dans le bon lit. Ça se passe mieux avec le NHC. Il y a l'unité mobile qui passe, il y a des contacts avec le personnel. Avec HautePierre c'est plus compliqué, il y a des gags.

Avec l'UHCD c'est dramatique.

Oui effectivement c'est le sentiment qu'on a. Je peux comprendre la pression des urgentistes. Il faut trouver des solutions. Oui, on sent que à HautePierre c'est difficile. Maintenant HautePierre ne fait pas venir souvent l'unité mobile de gériatrie. Effectivement l'unité n'est pas sur place mais elle est prête à se déplacer. Il y a eu des relations avec Pascal Bilbault. Demandez à Catherine Fernandez, elle répondra mieux que moi. Nous c'est seniorisé. Moi ce qui m'agace c'est quand on veut absolument caser un malade sans démarche qualité.

Est-ce que ça vous avez l'impression que ça s'améliore avec le temps ?

Non je n'ai pas l'impression. J'en ai discuté avec Pascal Bilbault, je me suis accroché avec un de vos collègues. Un problème d'un pauvre homme qui a passé 3-4 jours aux Urgences dont personne ne voulait, ce n'est pas à notre honneur. Et puis j'ai voulu en prendre un autre qui était connu, sortait de chez nous car j'aime bien assurer ce qu'on appelle le service après-vente entre guillemets. Il m'a dit ah non il est instable. J'ai dit bon on prend l'autre et on prendra celui-là demain. Et quand j'ai appelé le lendemain il avait été transféré en clinique. Ça... ce genre de mensonge, c'est difficile... c'est la confiance... Je ne peux pas accepter ce genre de relation entre médecins ce n'est pas correct.

Ce qui ressort aussi c'est qu'on ne se connaît pas au sein de l'hôpital.

Oui. Si on était à HautePierre ça irait mieux.

Non, je ne pense pas à Hautepierre c'est pareil. Personne ne descend il y a que les internes de temps en temps sinon personne ne descend.

Mais moi je descendrais dans le service. François Weil descend aux Urgences à l'NHC. Si on était à Hautepierre, Elise Schmidt descendrait aux Urgences tous les jours. Ça m'a marqué cette histoire, Je peux comprendre cette histoire avec cet urgentiste mais à ce moment-là ça aurait dû être dit et pas fait derrière mon dos. Pour moi la confiance est rompue

C'est ce que je dis aux internes il faut être honnête.

Et on prend les lourds. Quand il y a un alcoolique de 70 ans, ce n'est pas pour notre service, un AVC à 70 ans ce serait plutôt pour de la neuro-vasculaire ou un autre service. Quelqu'un de 90 ans effectivement c'est plus pour nous. Mais ce n'est pas parce que je ne m'entends pas avec un médecin que je ne prendrai pas les malades. Nous sommes là, il faut prendre les malades. En conclusion effectivement ça se passe mieux avec le NHC qu'avec Hautepierre mais le NHC est plus prêt.

(...)

Entretien 8

Ma première question est assez large quelle est votre opinion sur la thématique des admissions des soins non programmés sur les hôpitaux universitaires ?

C'est quelque chose de tout à fait normal qui ne pose aucun problème. Je suis presque étonné du sujet de votre Master. Ça va peut-être à rebours mais c'est un vrai message sincère, pour nous c'est indispensable de continuer à être un service ouvert sur les Urgences. C'est un excellent moyen d'avoir des pathologies aiguës par rapport à notre mission de formation des internes, c'est extrêmement important de ne pas rentrer dans le cycle que des soins programmés avec des patients qui arrivent avec leur diagnostic sur le front. L'activité de l'interne se résume alors à être celui qui examine malade et vérifie que les prescriptions soient bien réalisées. Ça permet de voir des choses très intéressantes et rares. Que ce soit en rhumato ou pas. Nous avons toujours joué le jeu. Depuis plus de 30 ans, nous considérons que nous sommes des médecins capables de pouvoir gérer des pneumonies et d'autres problèmes de médecine. C'est important qu'on reste polyvalent pour les internes aussi.

Est-ce que vous trouvez que globalement c'est bien organisé les admissions de soins non programmés ?

Mon opinion, c'est que de temps en temps il y a un déficit de communication voulu ou non. Il y a des fois, on ne reçoit pas le malade dont on nous a parlé. Dans la mesure du possible si c'est des patients qu'on reçoit d'Haute-pierre, j'aime bien les voir avant parce que de temps en temps il y a un déficit de transparence par les urgentistes. On va amplifier le côté rhumatologique alors que d'évidence ce n'est pas le problème. Il vaut mieux nous le dire dès le départ. Ça dépend des gens à qui on parle ou bien une information qui est capitale sur le devenir social des patients. J'ai en mémoire une histoire sociale affreuse d'un malade abandonné par la famille après un AVC et où il n'y a pas de place à Clémenceau manifestation. C'est un défaut d'honnêteté intellectuelle il faut se parler. Ça marche dans les deux sens nous on essaie d'être honnête. Je préfère qu'on dise la vérité, vous allez peut être la garder un mois deux mois mais on n'a plus de place à l'UHCD, OK.

Est-ce que vous pensez ce que ces expériences malheureuses cela nuit aux relations ?

Évidemment. C'est très difficile en tant que chef de service de dire à mes collègues, dont certains sont des nouvelles générations, qu'il faut faire de l'universalisme que nous sommes tous le service public qu'on doit faire autre chose que de la rhumato. J'ai des collègues qui disent exactement le contraire : nous sommes un CHU de haute volée, il faut qu'on soit hyper spécialisé dans le lupus, la sclérodémie donc on a besoin de beaucoup moins de lits. Ce genre d'histoire nuit énormément à ce message passé. On doit faire notre part. Avant Noël on n'a parlé que de cette histoire. Ces malades avec des problèmes sociaux, qui ne parlent pas bien français, après deviennent confus agités, et ce sont les infirmières qui craquent. C'est important. Le deuxième genre d'histoire c'est d'appeler les infirmières le soir, après qu'il n'y ait plus de médecins pour placer des gens quand il y a des lits de libre. C'est d'attendre après 20h, qu'il n'y ait plus de médecin, pour balancer un malade en disant aux infirmières c'est comme ça et pas autrement. Quand ce sont des choses qui peuvent être gérées en journée. Je préférerais qu'on appelle dans la journée si c'était possible et qu'on parle de médecin à médecin de façon honnête plutôt que d'imposer des malades le soir. Il y a des tensions et beaucoup de travail pour les infirmières dans le service surtout en fin d'année et de devoir changer des malades de chambre pour faire correspondre les sexes ça fait un travail en plus. Les équipes sont sous tension. On est dans une période compliquée pour l'hôpital public pourquoi ne pas avoir envoyé plutôt un homme sur ces lits et caser cette femme dans un autre service ? C'est des détails mais c'est très concret. J'ai demandé des explications à Monsieur Bilbault parce que je le dois à mes équipes. C'est toujours compliqué de savoir qu'est-ce qui s'est dit et comment ça s'est dit mais visiblement la politesse n'a pas été de mise, ni l'amabilité.

Est-ce que vous avez l'impression que les admissions non programmés est vécu comme quelque chose de difficile par les équipes ?

Par les équipes oui, parce que, surtout pour les infirmières (beaucoup plus que pour les médecins) et pour les aides-soignantes, nous sommes dans un service de rhumato. J'ai des chiffres actuellement 75 % des Urgences qui viennent, c'est de la rhumato donc le plus souvent ça ne pose aucun problème. Du coup on a même plus l'impression de rendre service si quelqu'un a vraiment des douleurs, sciatique... Il vaut mieux qu'il soit chez nous. Si une

mamie s'est fracturée une vertèbre, c'est beaucoup mieux qu'elle soit chez nous. Il y a une chaîne de compétences de l'aide-soignante jusqu'au médecin, on est dans notre boulot. Pour la partie non rhumato des Urgences, en particulier les patients déments, les patients agités... Ce n'est jamais dit par les médecins mais l'équipe paramédicale dit nous on a choisi ce boulot pas pour faire ce genre de patients. Après on explique que si c'était de votre famille, vous seriez quand même contents qu'on s'en occupe, c'est quand même mieux qu'un patient au bout de 12-24 heures soit dans un lit plutôt que de traîner aux Urgences. Mais c'est vraiment très mal vécu par l'équipe paramédicale. Charge de travail supplémentaire. Ce sont des malades plus lourds et l'impression d'être pris de court. C'est exactement ça, c'est-à-dire que c'est du non programmé, dans le train-train de la journée avec les sortants du jour, les entrants etc.... ça va fatalement se rajouter et être donc vécu comme une surcharge de travail. Pour les internes et l'équipe médicale ça ne pose pas souci. Surtout s'il y a eu une bonne explication. Il y a des médecins et des internes qui font des gardes aux Urgences donc ils savent ce que c'est. C'est quand même très spécifique à Strasbourg, le fait que l'interne des services revoit les malades. C'était comme ça à Cahors ?

Non, nous on hospitalisait. Celui qui était aux Urgences faisait les prescriptions.

Voilà ! Moi aussi dans d'autres services d'Urgences à Paris par exemple c'est celui qui voit le malade qui est responsable de ce qu'il va se passer pendant la nuit. Si on pouvait un jour arrêter ça, ça serait une diminution du nombre de gardes. Nos internes font trop de gardes, beaucoup trop de gardes. Je trouve que deux internes de garde plus un interne de garde de l'intérieur c'est pas bon. Mais mettre plus de monde aux Urgences et plus de garde d'interne à l'intérieur. Les internes dorment sur les brancards dans le couloir dans le service pourquoi ?! Parce qu'ils sont à côté de l'ordinateur. Vous pouvez le dire à monsieur Bilbault. Ils sont réveillés pour aller rechercher la num sur l'ordinateur et après aller se recoucher. Ils n'ont pas d'ordinateur dans leur chambre. Ils n'ont pas de couverture chaude et voir sale.

L'interne de garde dans les services ? Je ne crois pas que ce soit le professeur Bilbault le responsable.

Le professeur Bilbault ou le professeur Goichot ça non plus ce n'est pas très clair. Est-ce que ce système sandwich va durer encore 50 ans ? Et vous imaginez également la double tutelle on parle bien des Urgences. Vous faites un master de management, j'en ai fait un aussi, je n'ai

pas trouvé ça intéressant, à quoi ça va servir ? Mais je comprends que voir plusieurs personnes vous pourrez vous faire une idée. Mais en même temps votre travail m'intéresse. A mon avis dans un service, le plus difficile, les plus réticents c'est pour le paramédical, les aides-soignantes que c'est le plus difficile.

On a l'impression que tout est ric et rac. Que tout est programmé et quand le non programmé arrive là-dedans, ça demande une charge énorme. J'avais également une question sur la nouvelle génération, est-ce que vous trouvez que les internes le vivent mal ?

Ils vivent mal les choses très partielles, les infos incomplètes. Non, je ne crois pas que les nouvelles générations... Ils savent ce que c'est, ils sont plutôt service public. Ils sont souvent plutôt ok à ça. Ce qu'il faut c'est qu'effectivement pas de maldonne au départ. Définir clairement et honnêtement le malade. Ils vivent très mal les mauvaises infos, il y a un vrai travail de pédagogie à faire. Il y a aussi un manque de communication. J'ai demandé à mes chefs de venir faire des topos aux internes en début de semestre. Des choses simples, quelles indications d'avis, de gestes... Et puis se connaître. Moi je n'ai aucun problème avec certains de vos collègues, je les connais, j'en prends un ou deux puis après je dis non on n'a pas plus de place. Ou alors on ne va pas reprendre ce malade là car la dernière fois qu'on l'a eu on l'a eu 8 semaines et ce n'était pas de la rhumatologie et mon équipe va craquer si on revoit ce monsieur. La dernière hospitalisation dramatique c'est un monsieur dément qui est resté deux mois dans le service qui toutes les deux minutes criait s'il vous plait. Avec tous les recours épuisés que j'ai fini par mettre en psychiatrie dans son secteur en disant il hurle tout le temps. Il y a un impact très très fort des cas les plus lourds. Non seulement ça impacte leur activité mais également leur quotidien pendant des semaines. Dans une spécialité comme la rhumato où les choses sont le plus souvent assez programmées on voit très bien qui arrivait sur une urgence rhumatologique et les autres.... Si vous pouvez travailler là-dessus, qu'on présente bien le malade qu'il n'y ait pas de maldonne, sans enjoliver.

Vous êtes le 1e à me le dire. J'ai vu pas mal de vos collègues, responsables d'unités. Et vous êtes le 1e à me le dire. À Cahors il y avait un mot que je détestais : c'était je vends mon malade. C'était interdit de dire je ne vends pas un malade. On disait je présente un malade. Ici c'est un terme très utilisé, je « vends ». Nous sommes médecins nous avons

un diagnostic et on se doit de dire les choses après on peut se tromper ça fait partie des choses.

Je crains qu'un des biais essentiels, vous avez l'air doué pour les relations humaines, les gens finissent par dire des choses. Mais un des problèmes également c'est que les chefs de service ne gèrent pas trop les soins non programmés. Je suis un des rares à faire la visite et donc je sais exactement ce qui se passe pour les soins non programmés on m'appelle pour me demander si on prend le malade ou pas avant et le je dis c'est quand on peut on va le voir. Ce qui permet aussi la communication. Nous ne sommes pas un énorme CHU. On peut se connaître.

Je ne savais pas que la rhumato prenait également des patients qui n'étaient pas forcément avec des problèmes rhumatologiques. Vous n'êtes pas fermés à ça ?

Pas du tout.

J'ai un exemple dans votre service, il restait cinq lits et l'interne a dit qu'il était prêt à prendre quelqu'un pas forcément de rhumato.

Oui j'ai un message très clair, ça fait partie du deal. Et j'ai vu le président de la CME pour autre chose et il m'a dit que c'était très bien. Il disait de continuer et les 25 % d'urgences non rhumato, surtout continuez à le faire.

Est-ce qu'on vous ferme des lits ?

Non on ne ferme rien. Je réfléchis sur l'avenir et je me pose des questions : est-ce qu'on ne devrait pas faire plus d'ambulatoire ? Non, non, la grande question c'est : est-ce que ça n'a pas d'impact sur l'aval des Urgences ? Si on ferme des lits c'est plus pour des malades qui sont là pour des malades qui restent deux trois jours et qu'on aurait pu gérer autrement, hôpital de jour.... On nous dit de garder un maximum de lits parce qu'on en a besoin, parce que l'hôpital en a besoin. Ce que je ne souhaite absolument pas ce sont les AVC parce qu'il y a déjà eu un mort, un jeune, avec un procès dans le service, juste une histoire horrible au début de la filière Neuro. Mais ça nous arrive encore d'avoir des AVC qui viennent quand le service de Neuro déborde.

Mais c'est vous qui le prenez en charge ou c'est les neurologues qui viennent ?

Quand un malade est dans nos lits, c'est quasi impossible de le retransférer. C'est quand même très compliqué, on n'est pas bon. Non, le mot hébergement je ne connais pas. On ne sait pas qui est responsable de quoi. Quand il y a un malade je gère tout. Quand vraiment on a l'impression que le patient serait mieux ailleurs comme AVC ou cardio c'est une perte de chance, c'est dommage qu'on se pose les questions alors qu'on pourrait se les poser dans le bon service. Mais on gère le malade c'est exceptionnel qu'il y ait un deuxième transfert. Il y a une énorme responsabilité des Urgences de l'aiguillage de départ. Globalement les internes ont le devoir d'accepter le jeu. Si on peut avoir plutôt un malade qui est plus rhumato plutôt qu'un AVC c'est évident. C'est l'aiguillage des Urgences qui est très important. Il continue à y avoir des erreurs d'aiguillage des urgences

Cela risque de continuer car nous les voyons de manière très brève avec des discours qui varient. Il y a eu une étude sur la poly-pathologie et il y a 30 % des diagnostics qui sont redressés. Il faut accepter de venir voir et de comprendre que l'orientation initiale on peut se tromper. Vues les conditions de pratiques, il n'est pas étonnant que des diagnostics soient redressés.

Tout à fait. Il y a des trucs simples. Les douleurs de la hanche chez les mamies par exemple il faut vraiment vérifier que la radio a été bien faite et qu'un ortho est passé voir. Car très régulièrement, une douleur de hanche peut être une fracture du col.

On ne les scanne pas ?

Non pas toujours, il y a des fois où ils arrivent même sans radios. Il y a quand même là des spots d'amélioration. Si j'étais aux urgences ça serait de faire la calcémie beaucoup plus régulièrement.

Est-ce que vous connaissez le besoin journalier en lits ? Le BJML. C'est normalement calculé le nombre d'admission de patients non programmés via les Urgences sur l'établissement et qui sont répartis entre tous les services.

Non, il est de combien alors ?

C'est 60 lits sur les HUS.

Tous les jours il faut absorber 60 lit sur 24 heures ? en médecine ?

Non en tout. Médecine ou chirurgie. J'ai vu avant d'arriver en CME, il y avait des chiffres, quels services arrivent à faire le BJML. Est-ce que vous vous donnez des objectifs ?

Non, nous c'est l'inverse on ne retient pas de malades pour pas avoir de lits vides pour les urgences et si les lits sont vides et qu'il n'y a pas de rhumato on prend les malades. On ne va pas prévoir un lit tampon exprès pour absorber. J'ai globalement l'impression que ça se passe pas mal. Je ne sais pas comment ça se passe ailleurs mais nous on a un senior d'astreinte tous les jours et les mardis c'est moi. Comme ça je vois comment ça se passe et je vois très bien qu'un mardi sur deux je peux prendre un malade des Urgences et il y a un mardi sur deux où vraiment le service est plein et on ne peut pas. Parfois le malade reste en UHCD jusqu'au lendemain et quand c'est de la rhumato, on arrive à le prendre à 24 heures. Quand ce n'est pas de la rhumato je finis par se régler aussi.

Est-ce qu'on vous a parlé, est-ce que vous vous rendez compte des difficultés qu'ont les Urgences à hospitaliser ? À votre avis ça vient d'où ça ?

Sans être paradisiaque, nous sommes un des services qui joue un peu le jeu. Et il y a plein de services qui détestent ça. Ils détestent ça c'est mal vécu, parce que c'est vécu par ces services comme une surcharge de travail. Ils préfèrent les patients programmés. Imaginez les services de médecine ils font de l'endoc'. C'est quand même plus simple de faire un patient programmé pour un bilan plutôt que de se trouver avec un patient avec une pneumonie un peu limite, un peu hypoxémiant mais un peu poly-pathologique. Je pense que c'est lié à ce que c'est les services de médecine aux CHU de Strasbourg c'est de la médecine endoc, de la médecine rhumato. C'est des services tranquilles. Nous on a besoin de faire un peu de la médecine chaude. On traite des malades avec des nouvelles thérapies qui sont des bombes atomiques, qui reviennent en choc septique. Pareil on fait du myélome, si on ne sait plus gérer une hypercalcémie. On a besoin des Urgences pour rester dans l'exercice des pathologies

aiguës. Mais on sait la difficulté que c'est. On a tous de la famille qui est passée par les Urgences. On voit que c'est compliqué, j'étais étonné tous les boxs sont doublés, je n'avais pas vu ça. On se rend bien compte que c'est compliqué pour vous de vendre. Que les Urgences débordent.

Vous pensez parce qu'ils ne veulent pas travailler ?

Le problème c'est ces patients lourds. En plus c'est plus simple d'organiser les choses à l'avance que de découvrir un malade. C'est pour ça que le réflexe, si les médecins du service qui accueille le malade pouvaient descendre voir le malade pour anticiper un peu les choses, pour lancer encore un ou deux trucs pendant que le lit se fait et pour dire un mot aux infirmières et ça c'est peut-être le plus important. Mettre des noms sur les visages, voir qui est l'urgentiste, se dire les choses. Donc de descendre pour voir le malade et pouvoir monter et expliquer un petit peu l'état du malade, on va le prendre pour telle raison, c'est pas du tout pareil, qu'un malade que personne ne connaît parachuté à 17-18 heures. La fin de journée est difficile pour tout le monde, on accueille les entrées programmées, on se prépare à finir la journée. C'est pas mieux de décaler le problème et de balancer le malade à 23h pour l'équipe de nuit car la période est difficile pour tout le monde les gilets jaunes ce n'est pas rien. Moi j'ai des discours d'infirmières, que je n'avais jamais entendu. Qui décrivent un mal-être au travail lié à ça. À cette surcharge de travail et à ces patients non programmés souvent lourds venant des urgences, sur un ton un peu impérieux. Il faudrait prendre le temps et les mots pour expliquer la démarche, en fonction du public. Ça aide tout le monde même pour le malade quand il arrivera dans le service. Je ne suis pas là pour le voir mais la façon dont il est accueilli c'est pas forcément malheureusement. Il y a également le problème du grand âge, il y a la façon de parler aux patients et aux familles pour expliquer ces transferts et ses hébergements. La façon dont on s'occupe de ces gens, j'ai entendu « moi je ne veux pas voir une mamie de 92 ans », devant tout le monde. Il faut une manière de donner l'information au malade et à sa famille avec « voilà on a une chance on a de la place pour vous dans le service de médecine, c'est le service de rhumatologie mais ils savent ils ont l'habitude ». C'est hyper important parce que quelquefois les gens pendant 2-3 jours ne comprennent pas pourquoi ils sont en rhumatologie. Le discours sur l'organisation de l'hôpital on ne peut pas le tenir. Il vaut mieux dire dès le départ que c'est un choix, même si ce n'est pas exact. Il vaut mieux enjoliver la réalité. Aussi si les patients se dégradent ensuite, si la famille a compris que c'est

le bon endroit ou que ce n'est pas le mauvais endroit, cela permet d'éviter certaines procédures.

Est-ce que vous avez des difficultés de recrutement médical ?

Aucun aucun problème de recrutement de médecin. Plutôt paramédical.

Les services qui ont une DMS courte et qui ont beaucoup d'admission via les urgences ont des problèmes de recrutement médical et paramédical c'est un peu le sujet de ce mémoire c'est de se poser la question du lien

Quelles seront vos volant d'action ? qu'est-ce qu'un Master peut changer les choses ? Ce sont typiquement des problèmes de directeurs d'hôpital, sans être provocateur, ne le prenez pas mal. Vous avez l'air d'aimer la médecine, et là vous regardez en macro

Chaque solution dépend de l'environnement, pas de règles générales. Tous ces entretiens m'ont permis de constater une chose : c'est que toutes ces admissions non programmées actuellement, c'est énormément de patients poly-pathologiques. Et ce temps de diagnostic est hyper chronophage, hyper déstabilisant pour les équipes qui sont en véritable souffrance à cause de ça. Donc je propose de faire une unité mixte d'internistes et urgentistes. Un service qui fait du post Urgences de diagnostic et d'observation. Ce n'est pas de l'UHCD (qui le fait actuellement mais très mal). Là, on garde le patient 48 ou 72 heures, on règle le problème : soit il peut rentrer à la maison soit il va dans le service vraiment précis où il doit aller. Ça laisse le temps à tout le monde de se préparer, on finit les examens et ça amortira ces difficultés dans les services. Et comme c'est un service un peu chaud je pense qu'il faut une densité de population plus importante Plus de médecins, plus infirmières car il y a un turn-over énorme et c'est ce qui épuise les infirmières.

C'est une bonne idée. Il faut travailler sur un accès privilégié de votre structure future et de l'UHCD actuel pour une rapidité des examens complémentaires. Parce que nous on en souffre. Et on en souffre aussi pour les poly-pathologies qui arrivent de façon non programmée. Par exemple un bilan de chute chez nous avec perte de connaissance s'il y a par

exemple des anticoagulants c'est minimum 10 jours d'hospitalisation avant d'avoir tous les examens. C'est incroyable.

Ce modèle-là, d'une unité de 48 heures à 72 heures il y a une unité qui le fait. Je ne sais plus quelle unité s'est-il me semble à Paris, je peux vous l'envoyer. Il y a également des partenariats avec des SSR par exemple. On avait également fonctionné comme ça avec des maisons de retraite.

Je pense qu'il y a des choses à faire. Je ne pense pas que ce soit si développé que ça.

Je vois vraiment une solution là-dedans parce que j'ai envie de comprendre les difficultés de chacun. Je sais très bien qu'aux Urgences, on a tendance à penser que nous urgentistes personne nous aime.

Je pense pas que ce soit vrai, pas plus que n'importe quelle autre spécialité. On sait bien que c'est l'entrée de beaucoup de malades pour l'hôpital c'est par les Urgences. C'est très compliqué on se souvient tous de nos gardes.

Et les difficultés d'aval, c'est parce que c'est difficile l'aval.

Je vais continuer dans la provocation. C'est très intéressant. Et si vous arrivez à mettre en place cette unité vous pourriez aussi également rediscuter de ce qu'il faut un interne intérieur ? Comme j'en ai déjà discuté avec Monsieur Bilbault, comme ça fait 30 ans. C'est pour ça que c'est bien un regard extérieur nouveau. Quand j'étais interne c'était super les internes des Urgences montaient dans les services quand il y avait par exemple en arrêt. À Paris où il y a plusieurs internes, il y en a un qui peut monter dans les services.

Nous cette nuit on était trois et ça bosse toute la nuit. L'interne d'intérieur c'est celui qui a le numéro de la médecine c'est ça ? Moi je pense que tous les internes bossent.

Est-ce qu'il ne vaudrait pas mieux que l'interne même s'il est nommé « interne de l'intérieur » soit plutôt aux Urgences et monte dans les services et en plus ça permettrait de pouvoir dormir à tout le monde deux heures.

C'est le découpage en zone qui fait qu'ils n'arrivent pas à aller dormir. Moi je leur dis souvent coupez la nuit à un moment où ça se calme (à 2h du matin). Ça permet à tout le monde de dormir deux heures et à 7h on revient et on vide la zone. Mais en fait ils n'y arrivent pas parce qu'ils ont leur zone.

Je pense que va être plus utile que ce que je pensais au départ. Mais des gens comme vous et d'autres il faut vous poser la question de la problématique médicale. Par rapport à l'école de Rennes vous avez un plus, comme vous êtes médecin ce n'est pas uniquement des chiffres, vous connaissez les sentiments humains, la surcharge de travail.... Ceci est un plus pour vous. Il y a tellement de choses à faire pour l'amélioration de la prise en charge médicale. Est-ce que vous êtes connecté avec le DMG, vous ne connaissez pas Jean-Luc Griess. Je pense qu'il faudrait que vous le rencontriez. Il y a des tas de choses à faire comme des recherches centrées sur la prise en charge médicale avec à chaque fois sur les thématiques fréquemment vues et la rhumato c'en est une. C'est quand même une partie importante des Urgences. Moi je rêverais qu'il y ait un essai randomisé rhumatologique aux Urgences. Parce qu'il y a beaucoup de choses qui se jouent là. Par exemple, la lombalgie aiguë, les sciatiques...

Vous voudriez une étude descriptive de savoir comment c'est pris en charge ?

Non je ferai de l'interventionnelle. Avec une prise en charge classique avec une prise en charge un peu plus codifiée voir un rhumato dans les 5 jours etc...

Je pense que ça pourrait intéresser Pierrick, je vais lui en parler. Nous avons vraiment envie de monter d'un niveau on a des idées de publications.

Si vous êtes intéressés pour des raisons ou d'autres à des publications de bon niveau. Les essais fait aux Urgences ça se publient super bien. C'est très apprécié des grandes revues. Un hôpital qui se donne la peine de promouvoir une étude, c'est très bien vu de la direction des recherches cliniques. Ce n'est pas tous les jours que les Urgences proposent un protocole. Je pense qu'il faut faire ça. Il y a pas mal de choses à faire et y compris par exemple dans les arthrites récentes.

Nous avons un projet en cours sur les vertiges.

Oui je l'ai vu passer, il est très bien. C'est ce genre de choses, qu'il faut faire. C'est la même chose en rhumato.

Il y a aussi l'écho veineuse de compression je voudrais présenter là. Je l'avais déjà proposé à Toulouse mais ça avait été recalé pour pas grand-chose. C'est vraiment une échographie de compression veine proximal chez des gens à faible probabilité pour éliminer une thrombose proximale (débat sur l'étude EPREVUP).

On peut effectivement faire sur lombalgie ou arthrite... vous avez des chefs de clinique aux Urgences ?

Oui il y a Florent B.

Ce que j'ai compris, il y a aussi des chefs de clinique qui sont un peu universitaires comme un peu les chefs de clinique de spécialités. Ça je voulais en rediscuter. J'ai l'impression qu'effectivement aux Urgences comme ailleurs en médecine générale votre chef de clinique a la spécialité des Urgences. Vous n'avez plus aucun médecin qui fait de la médecine générale aux Urgences.

Moi je suis médecin généraliste, puis j'ai fait la capacité urgences. Non plus personne n'est médecin généraliste. Après vue le nombre de gens qui viennent aux Urgences parce qu'il n'y a plus de médecins généralistes, il faudrait embaucher des médecins généralistes créer une filière. Ça c'est l'avenir. Moi je fais une journée par mois à Mulhouse

Et comment ça se passe à Mulhouse ? ça va redécoller ? il y a des perspectives d'embauches ?

Oui oui, il y a un chef de service là. Mais ça va être long parce que nous perdons nos urgentistes dans la région. C'est aussi l'objectif de ce travail. Car c'est difficile de construire quand il y a des facteurs de non-satisfactions tels. En l'occurrence cette difficulté à hospitaliser les malades. En management, il y a les facteurs de satisfaction et les facteurs de non-satisfaction et même si on met des super conditions de travail, s'il y a des facteurs de non satisfaction présents c'est vraiment bloquant. Par exemple

augmenter les salaires, c'est un point de satisfaction, mais ça ne sert à rien s'il y a un facteur de non-satisfaction complètement bloquant qui est par exemple un outil informatique pourri. Et ici, les lits sont un vrai facteur de non-satisfaction majeur. Je l'ai tout de suite identifié. Il y a même un côté un peu irrationnel, comme par exemple « personne nous aime ». C'est pour ça qu'il faut absolument arriver à fluidifier certains parcours.

Par votre travail. Il faut aussi que les gens se connaissent un peu mieux. Effectivement il n'y a aucun a priori sur les urgentistes au contraire plutôt de l'admiration. Il faut juste essayer de se voir un peu plus. Il faut également faire un peu de morbidité mais à la cool, pas de façon culpabilisante, mais c'est quand même bien de savoir ce qui s'est passé, d'avoir un retour.

À l'hôpital de Cahors je m'occupais aussi un peu des gestions des risques.

Ici il y en a un ?

Je pense oui. Je ne sais pas qui c'est. Je me suis volontairement écarté : il va sortir un article dans gestion hospitalière (c'est une revue pour les directeurs d'hôpital.) où j'explique effectivement qu'on fait très mal la gestion des risques. Parce que c'est un peu vécu comme une punition j'avais fait la même chose à Cahors j'ai fait une revue de Biblio mais en fait cette façon de faire des RMM n'a jamais influencé par la suite pour la qualité des prises en charge. Mais il y a un bouquin qui est sorti qu'on peut avoir accès libre sur Internet je vous ferai passer les références. (Discussion sur gestion des risques) les réunions RMM doivent être des réunions où on met en valeur les choses qui ont été positives c'est de dire : c'est très bien on a repéré l'accident, c'est de partager sur les points positifs. Mais ce n'est pas des protocoles à la fin. À Cahors on avait à la fin 900 protocoles ! Personne ne peut lire tout ça. Il faut enlever des protocoles. Les gens de toute façon ne peuvent pas faire comme c'est écrit ils le savent. Ils savent que ce n'est pas possible. Amalberti dit : on baigne dans une normalité déviante, c'est normal de faire mal. Et ça les gens le vivent mal.

C'est quoi la solution alors ?

C'est justement ce modèle HRO : Ne pas dire, c'est blanc c'est noir. Et en vous voyant je pense que vous avez fait ça dans votre service. Effectivement les bêtises arrivent par contre on va en parler et on relève les éléments positifs. Il faut commencer par les éléments négatifs mais toujours finir par les éléments positifs. C'est de mettre en place une atmosphère. Dans le service c'est ce qui emmène la sécurité. Ce n'est pas les protocoles. Mais par contre il en faut des protocoles. Moi je vois aux Urgences on avait un mur tapissé de protocoles, mais c'était des protocoles simples.

Nous dans le service, j'ai des collègues qui ont fait des cahiers de protocoles qui ne sont jamais ouverts. Les urgences c'est encore un autre monde. Sur la partie rhumato nous serions ravis d'aider, sans penser avoir la vérité mais au moins proposer ce que nous faisons. Exemple ne pas de mettre de voie veineuse. Les médicaments par voie orale sont tout aussi efficaces. La seule chose que j'ai réussi à faire en trois ans de chef de service c'est qu'il est un contact plus fréquent. J'ai régulièrement Pascal ou Pierrick au téléphone. Relations avec les urgentistes du site et en début de semestre des chefs qui font des cours. Et s'il y a aussi encore un peu de place pour faire des recherches universitaires c'est très bien. Ou par exemple donner notre avis sur des protocoles....

Je pense que le management aux urgences c'est primordial, car nous sommes en interaction avec tellement de choses, on a des équipes tellement vastes, qu'on est obligé de s'y intéresser un peu. Pour déboucher sur des données un petit peu scientifiques.

Enfin si le management est meilleur les soins vont être meilleurs. L'ambiance est un peu meilleure, moins de difficultés à adresser les malades et un peu moins d'encombres stériles aux Urgences. C'est sûr que ce sera bon pour le moral de tout le monde. Et il y a un peu plus d'empathie pour les gens.

Je vois les chefs de service des deux sites. Surtout en médecine. Il y aura deux volets. 1 volet plus publication des données. Puis volet pratique. Ça va être publié dans une revue de management vous connaissez peut-être mon maître de thèse. C'est un laboratoire de sciences de gestion. Qui est à l'école de management et qui dépend de l'université.

Ce que vous proposez c'est autre chose qu'une unité de médecine polyvalente ?

La médecine polyvalente ça ne veut rien dire, c'est de la médecine poly-pathologique. Les malades ont changé. Il y a 20 ans les gens avaient une maladie. Et maintenant il y en a certains qui arrivent, on se demande comment ils sont encore vivants. Du coup c'est des malades très difficile. C'est difficile de faire un véritable diagnostique car tout est très complexe. Et c'est ça que les unités ne peuvent plus absorber parce que on a des malades plus compliqués mais les services ont de moins en moins de personnel et de marge de manœuvre....

Il faut que vous alliez voir la pneumo parce que là-bas dans les poly-pathologies aussi c'est compliqué.

La pneumo ne prend quasiment plus aucun non programmé. Parce qu'ils sont tous noyés par la cancérologie....

Je pense effectivement que ça doit être très différent selon les spécialités. Et aux urgences c'est donc compliqué car on ne peut pas tenir compte de chaque spécificité de chaque service et ce que vous voulez vous c'est un aval pour votre malade.

Nous ce qu'on veut le meilleur pour les malades. Ce qui est frustrant c'est qu'on voit bien qu'ils sont mal pris en charge....

Merci beaucoup.

J'ai un projet de recherche sur l'organisation aux Urgences, en articulation avec les autres services et tout ce qui est lié au management. C'est un Master que je fais à l'E.M. sur l'organisation des systèmes de santé. Ce qui m'intéresse, c'est l'impact des admissions non-programmés dans les services. Je voudrais savoir comment le vivent vos services ?

Il y a différents genres d'admissions non-programmés. Dans mon service de médecine interne, il y a différentes sortes d'admissions. Il y a les admissions venant des urgences qui ne sont donc pas programmées. Nous avons des admissions directes par appel de médecins de ville. Si on a de la place on peut le prendre le jour même sinon c'est un ou deux jours après pour moi, c'est à mi-chemin entre le programmé le non-programmé. Le programmé, c'est qu'on détermine à l'avance les rendez-vous et l'hospitalisation. Nous avons également des admissions qui viennent par la consultation externe, si c'est le jour même ou très vite ce n'est pas non plus du programmé. Et nous avons également des admissions par transfert de services, c'est aussi à la frontière. Donc les admissions non-programmées dans ces différentes facettes c'est la majorité de nos admissions.

Vous trouvez que c'est bien organisé globalement sur les hôpitaux universitaires ?

Chez nous, on s'organise du mieux qu'on peut, mais je trouve que c'est pas mal. On fait du mieux qu'on peut. C'est-à-dire que chez nous par exemple, nous avons refusé l'installation d'une cellule de programmation. On nous a proposé à un moment de rentrer dans le système de centralisation des gestions de lits avec une cellule à distance, mais on a refusé. On pensait que ça serait moins bien. Nous avons refusé parce que je trouve que nous avons un dispositif qui fonctionne bien. Nous avons une personne à l'accueil dédiée à l'organisation des admissions dans le service. Si une sortie se fait plus vite que prévue, de manière non prévisible, la personne sait exact exactement qui appeler, pour pouvoir faire rentrer une autre personne dans le service. Elle connaît toutes les attentes pour nos lits ou alors s'il n'y a personne, elle téléphone aux Urgences et elle signale à l'interne de garde. Cette personne fait partie de l'unité, ça nous paraît mieux que quelqu'un qui gère de l'extérieur, dans un bureau

Vous fonctionnez comme ça. Est-ce que vous savez comment ça fonctionne dans l'établissement ? Est-ce que vous trouvez que ça fonctionne bien ?

Non, je ne pense que ça ne fonctionne pas bien, car on attend des places parfois, pour des malades. On a affaire à un système, alors secrétariat ou gestion de lit je ne sais pas, qui inscrit les malades dans leur tablette. Il manque un contact, pour qu'on puisse expliquer pourquoi on fait une demande et j'ai l'impression que les délais sont rallongés.

Si vous appelez un médecin pour un transfert par exemple en cardiologie ?

Il va me répondre : vous allez être appelé par la cellule de gestion des lits, moi je ne maîtrise rien. J'ai l'impression que le médecin n'a plus beaucoup la main. C'est alimenté par des cas anecdotiques. On est en attente des transferts, je trouve ça va être....

Est-ce que c'est la chirurgie ?

Je dirais la cancéro et la chirurgie.

La chirurgie a effectivement une cellule gestion des lits. Mais pour le moment toutes les médecines fonctionnent comme vous, elles ont refusé cette cellule. Normalement à ce que j'ai compris.

Ce qui marche le mieux c'est d'avoir tissé des liens avec des personnes, comme ça on peut communiquer sur les patients, c'est ce qui fonctionne le mieux.

Est-ce que vous trouvez qu'il n'y a pas assez de communication ?

C'est-à-dire que les gens avec qui on est en contact fréquente ça marche bien. Parce que des liens se sont tissés, des liens de travail.

Quel est le profil des malades que vous avez dans votre service en non-programmé ?

Si on regarde les statistiques annuelles, il n'y a pas de catégorie qui remporte plus de 20 séjours sur l'année. La principale caractéristique, c'est qu'il n'y a pas de caractéristiques dans

ce service. Nos patients sont d'une grande diversité. Dans cette saison nous avons beaucoup de gens qui ont des infections broncho-pulmonaires.

On voit dans beaucoup de services de médecine comme chez vous, chez André ou Goichot, des malades poly-pathologiques. Est-ce que vous pouvez penser pouvoir prendre en charge tous les patients poly-pathologiques de l'hôpital ?

La plupart de nos patients sont effectivement poly-pathologiques. Et non, nous ne pouvons pas absorber tous ces malades en termes de lits.

Où devrait aller ces malades, dans quel service selon vous ?

Ce qu'il y a, c'est qu'il y a souvent une pathologie principale, mais il y a des fois où ils ne vont pas dans les bons services parce que le service n'a pas de place. D'un jour à l'autre ça varie, ça peut changer, on peut même avoir des malades suivis par un autre service, s'il n'y a pas la place, on joue le rôle d'une extension de ce service. Chez nous au NHC c'est surtout la cardiologie, la néphrologie, la pneumologie, la gastro.

Et vous assumez ce rôle ?

Oui tout à fait. Il me semble que les frontières sont souvent floues de quel domaine relève un malade. S'il y a quelqu'un avec plusieurs pathologies, certains services ne veulent pas prendre les malades des Urgences et il vient chez nous. Après il y a certaines difficultés, tous les malades qui ne sont pas dans certains services n'ont pas d'accès prioritaire à certains plateaux techniques. Quand on est en dehors c'est parfois un peu plus difficile ces accès. Par exemple nous avons pas mal de malades avec des hémorragies digestives et l'endoscopie serait plus rapide si le malade était dans le service de gastro-entérologie.

Pourquoi ce n'est pas fait plus rapidement ?

Parce que quand on a pas le malade sous les yeux, on perçoit différemment l'urgence. Quand il faut passer par un mail, un programmeur, un programmeur etc...

Est-ce que vous ne pensez pas qu'un moment, on a essayé de se débarrasser de ce

malade ?

Oui c'est tout à fait possible. C'est difficile de raisonner à la place du collègue qui voulait s'en débarrasser.

Comment vivent cela vos équipes ?

De manière variable. Il y a une dizaine d'années au moment de l'installation au N HC, il y avait des bruits, dont les soignants ont été fort peiné, comme quoi nous étions le service des gens dont personne ne veut. Parce que la politique dans notre service ça a toujours été : une demande, une place, une admission sans considération de quoi que ce soit d'autre. On a essayé de transformer ça en qualité plutôt qu'en défaut. Et depuis nous n'avons plus entendu ce genre de bruit, ce qui est plutôt heureux. Ça ne veut pas dire que ça ne circule plus, mais en tout cas ça ne revient plus à mes oreilles. Je sais que l'équilibre des équipes est fragile. On fait beaucoup d'efforts pour maintenir une atmosphère qui est mise à mal encore assez facilement. On voit la fragilité, par exemple les semaines où il y a énormément de malades dépendants. Parfois, il y a une espèce de plainte même des médecins et des internes. On a fait des accords avec la psychiatrie, du groupement territorial parce qu'ils exprimaient une demande de correspondants somaticiens. On a fait des conventions, pour que le service psychiatrique passe dans nos services une fois par semaine pour voir les malades. De temps en temps, ils doivent faire passer un patient par les Urgences pour avoir un scanner, un avis diagnostic, des examens complémentaires. En général c'est des patients qui ne vont pas dans les services, mais au moins on a des renseignements en plus. On s'est mis d'accord avec eux pour être en point d'entrée dans l'hôpital quand ils ont des difficultés, afin de les hospitaliser. A un moment donné des malades avec des soucis psychiatriques venaient par ce canal là, mais aussi, comme nous avons des liens forts avec le service psychiatrique, quand ils ont des malades qui ont des gros soucis physiques ou alors en réa quand ils peuvent pas directement aller dans les services psychiatriques viennent plutôt chez nous. Donc il y a eu sur les 23 lits, 4 ou 5 malades avec des problèmes psychiatriques un peu lourds et on voit tout de suite que ça menace de déborder d'un point de vue de l'ambiance, de la difficulté. C'est quelque chose d'assez c'est fragile.

Comment vous voyez cette tension ? les gens râlent, démissionnent ?

Non peu de turnover.

Y compris chez les infirmières ?

Oui.

Comment arrivez-vous à ça ? C'est intéressant. Comment vous leur donnez ses valeurs ?

C'est un millier de petits détails. On a plutôt une bonne ambiance de travail. Je ne sais pas à quoi ça tient exactement.

Est-ce que par exemple, vous adaptez un peu les horaires ? Comme par exemple adapter les horaires de certains jeunes médecins pour qu'ils puissent sortir certains soirs plus tôt à cause des enfants ?

Moi, je ne parlais pas du tout pour des médecins, parce que pour les médecins il y a du turnover, surtout chez les internes. Pour les médecins titulaires, il y a peu de turnover. C'est plutôt une ambiance studieuse austère dans le service. Le travail est une valeur.

Et prendre les malades des Urgences, des malades que personne ne veut est une valeur ?

Absolument c'est une valeur positive. On l'a écrit et répété souvent. Mais effectivement pour les soignants, ça peut être une difficulté. Car ce sont des malades qui demandent beaucoup de soins, comme ils sont dépendants. Nous avons dans le service un secteur de soins continus, nous avons certains malades c'est presque du long séjour. C'est des malades qui ne pourraient aller nulle part ailleurs, tellement ils sont dépendants, ça peut créer des difficultés avec certaines infirmières. Ce n'est pas sans tension, mais c'est une politique délibérée. Ce qu'il faut c'est une reconnaissance symbolique pour que ça fonctionne. Et même si les équipes savent, qu'elles ne sont pas les plus mal loties en termes de remplacement du pool des infirmières. Quand il y a des trous dans le planning, on n'est pas les derniers services dans le pool des infirmières remplaçantes. Mal lotis, ça veut dire que tous les postes ne sont pas pourvus et du coup on fait trois week-ends sur quatre. Il y a des postes à pourvoir sur l'étage mais nous, en médecine, on n'est pas les plus mal lotis. Après il y a de la reconnaissance qui vient des malades et des familles et ça entretient le moral des troupes. Il y a une équipe à côté

des infirmières, il faut parler des aides-soignants qui sont de haute qualité, ils font vraiment l'essentiel d'accompagner les familles et les malades. Il y a parfois des soins palliatifs, il y a des accompagnements de fin de vie. Les équipes sont très attentives au confort des familles qui viennent. Il y a régulièrement des retours des malades et de leur entourage pour dire que c'était vraiment bien.

Pour vous ça entretient l'équilibre fragile comme vous disiez ?

Oui tout à fait.

Cet équilibre il est mis à mal par quoi ? J'ai bien compris qu'il y a des malades de plus en plus lourds.

Il y a des malades de plus en plus lourds, mais c'est variable. Il faudrait être confronté à des chiffres objectifs. Ça varie d'une semaine à l'autre. Il est mis à mal quand il y a des semaines où il y a des patients très lourds et qui ne tournent pas avec beaucoup beaucoup de soins de nursing, des malades avec des troubles du comportement.

Vous dites qu'il n'y a quasiment pas de turnover médical pourquoi à votre avis ? Par rapport à d'autres Médecines comme par exemple Monsieur Andrès qui a du mal à recruter. Est-ce que vous pourriez expliquer cette différence ?

Je pense qu'il y a tout à fait une autre atmosphère. Ils se sont retrouvés dans son service dans un cercle vicieux. À partir du moment où les chefs ne sont pas là, les internes sont livrés à eux-mêmes. Quand ton service est difficile et qu'il manque deux seniors pour celui qui reste, du coup, c'est très difficile. Je ne sais pas si les chefs sont beaucoup au lit du malade

Ça veut dire que ça n'a pas de sens ? Vous vous parliez de valeurs, de valeur studieuse ?

Je ne sais pas.

Pour parler de vous, pourquoi dans votre unité les gens veulent venir ?

Si vous avez fait vos études à Strasbourg...

J'étais externe...

Vous vous rappelez du bâtiment de médicale A ? Les services de médecine du quatrième étage dans le NHC, étaient dans le même bâtiment ensemble. Y avait des choses qui étaient valorisées, dans ce truc. Et les gens de ma génération, on est resté parce que c'est des valeurs que nous avons adoptées. C'est quelque chose qui nous a précédé. C'est inscrit dans une tradition qu'on essaye de rendre vivante et qui est que le malade est prioritaire et donc la continuité des soins est prioritaire sur respecter le temps de travail, ou d'être attentif à ceci ou à cela, mais dans la bonne humeur. Il y a beaucoup d'humour. C'est détendu. Mais en même temps c'est très sérieux. Je vois bien à Strasbourg ou ailleurs les atmosphères dans certains services de Médecine interne, les réalités de travail sont bien différentes que celle nous avons la chance nous de connaître ça ici.

Vous n'avez que des internistes ?

Oui.

Est-ce que pour vous, l'aval des Urgences, ces unités dédiées aux malades poly-pathologiques ne doivent être pris en charge que par des médecine interne ?

Je ne sais pas de quel point de vue, il faut se placer pour répondre. Parmi l'ensemble des unités de Médecine, ce sont les médecines internes qui semblent les plus aptes à s'occuper de tantôt d'une encéphalopathie métabolique, d'une insuffisance rénale aiguë et le troisième a un accident vasculaire cérébral. Encore que de moins en moins, depuis qu'il y a la neuro vasculaire.

Il va falloir du coup, vraiment augmenter la taille de ces unités ou les multiplier.

C'est là, qu'au niveau d'une politique de santé. Ça dépasse même le niveau d'un établissement. Il n'y a pas eu de volonté politique forte pour développer la Médecine interne. Peut-être que les internistes parisiens qui ont les oreilles des ministres n'ont pas forcément revendiqué la poly-pathologie au profit des maladies rares. Il y a aussi cette tension interne, dans la discipline, ancestrale. Ça traverse l'histoire de la Médecine interne. De ce fait, je

pense qu'il y a une confusion. Le terme poly-pathologique je n'aime pas l'employer. La représentation majoritaire, c'est que ce n'est pas nécessairement quelque'un d'intéressant sur le point de vue médical alors que plus il y a de maladies plus ça représente un défi d'équilibre notamment. Ça aussi c'est une manière de valoriser le travail et aussi de valoriser le diagnostic, car là il y a un gros effort de diagnostic à faire et toute la réflexion thérapeutique et les arbitrages qu'il faut faire. Ces malades dont des collègues ne veulent pas forcément s'occuper, vont susciter une curiosité et un intérêt. C'est juste une histoire d'avec quel type de lunettes on l'observe. Et donc au niveau national il y a eu, je sais que maintenant un groupe qui s'est créé à l'intérieur de la société de Médecine interne qui revendique la thématique de façon générale dans les congrès à côté des thématiques de maladies auto-immunes ou de maladies rares. Situations fréquentes en Médecine interne et en essayant de développer des programmes de recherche dans ces situations dites fréquentes. Fréquentes ça ne veut pas dire grand-chose c'est tellement divers qu'on a du mal à faire des catégories un peu homogènes. Alors, il y a eu le développement d'une espèce de médecine polyvalente, une espèce d'une formation de façon additionnelle en forme de DIU pour des médecins généralistes. Moi-même, j'ai été sollicité pour des cours en ligne au niveau national. Après ce sont des médecins qui occupent des postes de médecine dans des services de Médecine dans les hôpitaux. Moi quand j'étais interne il y avait des services de Médecine interne à Wissembourg, à Haguenau, à Saverne, à Sélestat, à Obernai, Mulhouse, Altkirch, Colmar ... Les jeunes aujourd'hui ne veulent plus aller dans ces hôpitaux. Il y a une évolution qui n'est pas favorable. C'est pour ça qu'on a souvent cité mon service au NHC pour ouvrir une unité de plus, mais si vous pensez que c'est mieux que ce soit les urgentistes qui s'en occupent, il n'y a pas de soucis, moi je ne cours pas après le travail, il y en a assez.

Quand est-ce qu'on vous a proposé ça ?

Disons que c'est sur le grill maintenant et c'est un plan de l'hôpital qui remonte à plusieurs années. Il faut à peu près 40 lits, ils en ont ouvert 25 en gériatrie, il y a deux ans et l'idée c'était d'ouvrir 15 lits de médecine sur le site du centre-ville mais où ? Il y a une unité qui a fermé au deuxième étage. Je ne sais pas si j'aurai les moyens, je suis en train d'étudier le projet. Mais ce n'est pas évident.

Je pense que nous les urgentistes seraients prêts à participer à ce genre d'unité. Est-ce qu'on pourrait en parler à la fin parce que ce travail, c'est justement d'analyser et de

voir ce qui bloque et pour surtout donner la bonne réponse. Si ne vous ne voulez pas qu'on appelle ça polyopathie, vous l'appelleriez comment ? Ce qui vous gêne dans poly-pathologique, c'est que ça veut tout et rien dire et ça dévalorise au niveau des équipes un service important qui est rendu de l'ordre du service public. Comment pourrait-on l'appeler autrement ?

Le malade ou le service ?

Déjà le malade.

Le malade n'est pas défini par sa pathologie.

Alors l'événement aiguë ?

Moi je suis dans une discipline de tranche d'âge entre deux stades, entre la pédiatrie et la gériatrie. Je considère mon service comme une médecine de pédiatrie adulte ou de gériatrie de l'adulte jeune. Donc relèvent de ma discipline et du service hospitalier tous les gens qui se situent dans une certaine tranche d'âge qu'importe que leurs problèmes de santé soit un ou multiples. Il me semble que le terme polyopathie, il faut faire très attention, comment il entre dans l'usage, qui sert à déterminer des situations qui seraient moins intéressantes pour un médecin. Alors que ça devrait éventuellement être l'inverse.

Ça devrait être totalement l'inverse.

Voilà c'est comme j'ai toujours refusé qu'on appelle cette unité post-Urgences. Si le projet d'extension se fait, ce sera un service de Médecine pas un service post-Urgences. On ne peut pas définir un service par un flux. C'est une notion de management qui n'est pas une notion médicale. Quelqu'un qui vient en cardiologie après les Urgences n'est pas en post-Urgences.

Il y a un terme à trouver.

À Strasbourg, à la direction, ils ont compris qu'il y a des mots qu'il ne faut pas prononcer devant moi. Ne se prononce pas le mot post-Urgences et on ne prononce pas le mot polyvalent

pour une raison très simple au jour d'aujourd'hui la polyvalence ça fonctionne comme le contraire de l'excellence. Être polyvalent c'est tout sauf une qualité à l'heure de l'ultra spécialisation, à l'heure du mouton à 5 pattes. C'est dommage. Mais c'est comme ça donc Médecine polyvalente non.

Et une unité de diagnostique ? est-ce que c'est un terme qui vous irait car c'est souvent ça aux Urgences une première orientation ?

Oui, et une fois que le diagnostic est fait ils ne relèvent plus de notre unité.

On se pose la question.

Ce pour laquelle je me suis battu. On avait un directeur général adjoint qui venait de Limoges. Il est venu avec dans ses valises un projet d'une unité post-Urgences et au-delà du terme. Il y avait surtout un fonctionnement de séjour maximum de 3 jours DMS fixé à l'avance, au-delà de ce temps il faut trouver.... Et là, ça me paraît être l'inverse d'une bonne médecine si les gens ont besoin de rester plus longtemps il ne faut pas qu'ils changent d'équipes.

Pour vous il ne faut pas changer d'équipe ?

Non, parce que je vois comment est pénalisé le malade, les infirmières, les médecins, les seniors par la réglementation du temps de travail des internes. C'est peut-être bien qu'ils se reposent après une garde, qu'ils aient des semaines à 10 demi-journées plutôt que 11, c'est très bien. C'est bien pour un point de vue de leur santé mais du point de vue de leurs formations ce n'est pas bien. Et pour le service rendu aux malades c'est vraiment merdique et c'est ce qui ne va pas dans le fonctionnement de l'UHCD. Le fonctionnement en 3-8, personne ne connaît vraiment le malade. Quand on voit le temps qu'on passe entre internes et seniors ou entre senior et senior, le temps passé dans les transmissions, ça ne suffit jamais. Il y a toujours les détails, le détail d'anamnèse qu'on a pas transmis et qui fait la différence et ça c'est terrible. Donc pour l'idée de la continuité de la prise en charge, ça me paraît être une condition majeure de sa qualité et donc transférer un malade, ce n'est pas bien. Bien sûr, on ne le laisse pas aux Urgences. Mais après c'est terrible.

Les médecins internistes, que vous avez dans le service, vous me parlez de tiraillements

entre polypathologies et les maladies rares, les internes, ça se passe comment ?

Et bien ils savent dans mon service, ça va être de la Médecine interne dans tous ses états. Oui il nous arrive de nous occuper de quelqu'un qui a une maladie rare, mais c'est vrai que ces dernières années avec le développement de centre de compétences, il y a deux domaines où des médecins du service se sont formés spécifiquement c'est pour la maladie de Rendu Osler et la drépanocytose et au départ c'était uniquement basé sur un constat empirique, les gens sont suivis en ambulatoire en hémato et quand ils font des crises aiguës, il y a rarement de la place en hémato donc ils venaient aux Urgences puis à droite et à gauche. Donc on s'est rendu compte que ce n'était pas bien et nous avons développé... un médecin qui s'est formé et nous avons tous potassé la littérature, des procédures, un dossier spécifique pour la prise en charge et maintenant ce médecin fait des formations tous les semestre pour les internes pour la prise en charge aux Urgences de la crise aiguë, cette prise en charge a été développé à partir d'un besoin perçu et non parce que nous avons un spécialiste dans le service.

Vous avez répondu à un besoin.

C'est ça. C'est comme ça qu'on essaye de fonctionner. Au début il y avait Médecine interne et maladies infectieuses maintenant on ne parle plus que de maladies infectieuses et Médecine interne et immunologie clinique ou un centre de maladie auto-immune. Il vaut mieux éviter les affichages spécifiques de manière à rester une adresse possible pour n'importe qui. Vous voyez bien l'idée. Ce n'est pas si simple. Pendant des années il y avait plus de candidats du DES de médecine interne qui venaient en immunologie clinique ou en maladie infectieuse plutôt que chez moi pour ensuite faire le DESC. On a dit pendant des années aux internes de Médecine interne qu'il fallait de la médecine interne mais en plus un DESC. Et donc les 2 DESC les plus prisés par la Médecine interne c'est maladie infectieuse ou immunologie. Et du coup eux ils avaient des internes et moi je n'avais que peu d'internes ou des internes de première année ou de médecine générale ou des étrangers etc. Pendant plusieurs années, j'ai plutôt ramé pour avoir des internes de la spécialité. Entre Haute-pierre, Médicale B et nous, il y a beaucoup plus de postes d'internes que de postes d'internistes. Les postes ne sont pas tous pourvus.

Est-ce que le bed-bloqueur pose souci ?

Le souci, c'est d'avoir laissé ce terme apparaître dans le vocabulaire des médecins c'est quelque chose que l'on ne prononce pas chez nous. C'est le reflet de l'air du temps.

Je dis ça parce que je ne rencontre pas que des chefs de services de Médecine interne. Je rencontre aussi d'autres services et le problème principal c'est qu'ils ne veulent pas de malades avec des problèmes sociaux, parce qu'ils savent que ce sera des bed-bloqueurs et ça va les gêner pour leurs activités programmées. C'est pour ça que je vous pose la question.

Le fait est que nous avons des malades qui ont des durées d'hospitalisation hors du commun à cause de problématiques sociales. On n'utilise pas ce terme de bed-bloqueurs. Nous ne sommes pas dans une discipline avec des actes techniques. L'activité purement diagnostique fonctionne beaucoup en consultation. En hospitalisation, c'est pour des malades qui en ont besoin. S'ils en ont besoin à cause d'un problème social, ce n'est pas moins noble qu'un autre problème. On n'a pas ce regard-là perturbé. On ne dit pas qu'on a une activité qu'on voudrait faire et qu'on n'arrive pas à faire à cause d'un tel ou un tel. Nous n'avons pas ce ressenti, donc nous n'avons pas de ressentiments contre ces malades. Je vais vous donner un exemple. On a un malade qui est restée en décembre avec une prothèse de hanche descellée. Il fallait l'opérer, el chirurgien a dit qu'il ne l'opérerait pas car elle était SDF, sans logement fixe. Le service de chirurgie ne voulait pas la prendre. On s'est engagé à la reprendre, mais s'il vous plaît opérez la. Ça a pris un peu de temps. Et après les SSR n'ont pas voulu la prendre car il n'y avait pas de solution après. On a dit on la reprendra après mais s'il vous plaît faites la rééducation, elle a besoin d'un SSR. Ce qui m'énerve c'est de vivre dans un lieu où il n'y a pas de solutions pour ces gens pas qu'elle soit chez moi.

Vous êtes le premier à me parler comme ça dans cet établissement.

Eh bien c'est bien dommage. Les directeurs successifs qui viennent se pencher sur nos performances, quand ils viennent avec les IPDMS, ils me disent tous Monsieur Weber il y a un souci chez vous. Il y a quelques années j'ai fait le calcul. J'ai demandé les histogrammes. Et on s'est rendu compte que pour l'immense majorité des malades, nous avons un IPDMS tout à fait normal pour un niveau national et il n'y avait que deux patients plus long. Si on enlève ces 2 patients, les plus longs et si on enlève 10, ça réduisait de 1,5 jours de moyenne. En enlevant seulement 10 malades ça enlevait 1,5 jours. Et donc j'ai demandé au directeur s'il

voulait que j'essaie d'enlever une demi-journée pour 800 passages ou que je refuse ces malades qui pénalisent ma performance économique. J'ai expliqué au directeur que ce genre de personne, on les repère avant qu'ils arrivent dans le service et je pourrais dire non je ne veux pas. Et à chaque nouvel arrivage de directeur, il faut expliquer. Toutes les semaines maintenant, on a la cellule qui nous envoie les séjours qui dépassent 14 jours. Le vendredi c'est le jour de notre réunion de service pluriprofessionnelle. Je regarde les chiffres. Réunion pluriprofessionnelle, ça fait partie des choses qui maintiennent l'ambiance. Et je vois bien qu'il y a des gens qui ont des durées de séjour injustifiées, donc de temps en temps, on essaye d'activer les cellules concernées.

Le CLASS ? Et ça marche ça ?

Dans l'apport vraiment concret c'est anecdotique mais une fois ça a marché. Une fois il fallait attendre des accords pour que des droits soient octroyés, vraiment une lenteur purement administrative et là, je ne sais pas comment... un coup de fil bien placé à la bonne personne, ça a débloqué les choses. Mais effectivement, ils ne peuvent pas inventer des lits.

Oui ils ne peuvent pas inventer des lits. S'il n'y a pas de SSR...

On est très dépendant des SSR et si l'hôpital ferme des lits de SSR, on est directement impacté. Ce serait un moindre mal si on avait assez de kiné mais le nombre de kiné a un petit peu diminué parce que des gens à force d'attendre faisaient de la rééducation chez nous, sauf que s'il n'y a pas assez de kiné c'est une réelle perte de chance qu'il n'y ait pas de SSR.

Pourquoi les autres services ne prennent pas ce genre de malades ? Ou, ont du mal à faire du non-programmé venant des Urgences ?

Je ne sais pas. J'imagine qu'ils ont mis toute l'énergie à organiser des soins programmés et du coup, il n'y a plus de forces vives pour s'occuper des autres malades. Je pense à la cardiologie, les pace makers, les bilans préTAVI etc...

Est-ce que vous pensez que c'est parce que c'est une charge plus dure ? Car du coup les médecins sortent plus tard ?

Ce qui est dur pour toutes les équipes c'est que le vendredi, samedi, dimanche, il y a autant d'admissions que les 4 autres jours de la semaine. Sauf que ce n'est pas le même nombre de médecins ni d'infirmières. Vendredi, il y a eu 6 admissions, samedi, ils en ont pris aussi, donc ça c'est un petit peu dur. On essaye de faire attention, si on peut lisser certaines choses, on le fait mais c'est assez marginal, car en général les gens qui peuvent rentrer ils ne veulent pas rester ici une heure de plus.

J'ai l'impression que les malades sont de plus en plus complexes et je me demande si l'hôpital n'a pas su prendre un virage en gardant des services d'ultra spécialités. Est-ce que c'est vraiment adapté au profil de malades que nous avons actuellement ?

Non je ne pense pas. L'organisation classique de l'hôpital n'est vraiment pas la meilleure mais qu'est-ce qu'on pourrait proposer d'autres ? Il y en a qui proposaient déjà il y a longtemps un hôpital à l'américaine mais je ne sais pas exactement comment ça fonctionne. Il me semble que c'est les experts qui se déplacent. Bon moi je vais vous dire les experts moi je n'en peux plus. Ça me gonfle. On a des avis sur dossier à distance. Parfois, on doit arbitrer entre des avis contradictoires. Les internes n'osent pas le faire, les chefs de moins en moins. De temps en temps j'ai l'impression que je prends des décisions sans trop argumenter simplement à partir de la perception d'une situation. J'ai des avis par des gens qui n'ont pas vu la personne, juste sur des examens complémentaires. Aujourd'hui en maladie infectieuse, j'ai des collègues qui n'en peuvent plus d'être sollicités pour des avis alors que c'est des choses que tout le monde devrait savoir. Multiplier les avis sur un malade c'est bien mais après il faut que le responsable du malade puisse faire le tri. Il faut penser que le médecin qui fait la synthèse soit un interniste donc il faudrait beaucoup d'internistes. Il y en a peut-être plus aux États-Unis ?

Oui c'est ça ce n'est pas le conglomérat d'experts qui décide à la Molière et ça doit dépendre de chaque service de chaque hôpital etc. Mais il n'y a pas assez de marge de manœuvre. Soit on parle alors d'hébergement mais j'ai l'impression que c'est très difficile dans l'établissement soit il faut accepter que certains services jouent le rôle de tampon.

L'hébergement j'ai horreur de ça. Parce qu'il faut qu'on ait les malades sous les yeux quand c'est loin c'est pas bien.

Est-ce que je peux avoir votre avis, comment qualifier diriez-vous votre relation avec les urgences ?

Très bonne. Quand c'est des gens qui viennent de Haute-pierre, il y a moins d'infos pas de lettre, pas de compte rendu. Là il y a un problème quand il y a des informations importantes mais c'est vrai de n'importe quel service qui adresse, ce n'est pas spécifique aux Urgences. On n'a pas la trace de l'examen complémentaire et de la réflexion qui en a découlé. C'est le problème des dossiers informatiques ce n'est pas très pratique. Nous avons encore des dossiers papier, je pense que nous sommes les seuls encore. Justement pour avoir une facilité d'accès à l'évolution et à la réflexion. En maladie infectieuse ils ont basculé du côté obscur. C'est compliqué de se plonger dans une situation d'un malade qui n'est pas bien, qui s'aggrave. Et il faut regarder sur l'ordinateur cliquer, cliquer, cliquer, c'est insupportable.

L'évolution est inéluctable.

Et je le crains. Mais j'ai toujours raisonné vis-à-vis de la technique, que j'aime bien par ailleurs, d'accepter ce qui peut faire travailler mieux et de refuser ce qui peut faire travailler moins bien, si c'est possible.

Après, ça peut être mieux organisé. A l'hôpital où j'étais et nous avons des super informaticiens et ça n'avait rien à voir. Moi, j'étais le responsable des Urgences, il ne faut pas tout protocoliser mais on avait des protocoles par motif de recours, ça permettait d'avoir des pense-bêtes sur par exemple l'hémorragie digestive, ça a permis d'homogénéiser les pratiques. C'était prescrit très rapidement l'observation quand on la sortait, c'était clair. Mais là, c'est vrai que c'est fouillis, c'est mélangé avec de l'administratif. L'outil c'est ce qu'on en fait. On peut faire de cet outil quelque chose de beaucoup mieux. Et apparemment c'est très lent ici parce qu'on se connecte sur une autre interface, donc il faut ouvrir une session et ça ralentit beaucoup le système. Faudrait avoir un accès direct et sans passer par un partage de connexion.... Je ne parlais pas en officiel, mais concernant ce projet, j'ai vu ça samedi avec Pascal Bilbault. Hormis la gériatrie et la Médecine interne, les autres services, cette admission de soins non-programmés, désorganise. Et c'est un frein au recrutement. Les gens sont pas forcément au bon endroit, pas forcément très bien pris en charge et il y a des choses qu'on accepte pas autour de l'incertitude diagnostique, autour des problèmes sociaux

etc. et je pense que c'est trop tard pour faire machine arrière et de remettre les valeurs dont vous parliez dans ces services là. Après tout je me disais, est-ce qu'on ne peut pas entendre ça et faire par un autre regard. Et donc cette charge de travail qui est très lourde à rajouter dans un programme déjà fait et peut-être que ce serait bien de créer ces unités là. Ce serait une unité dite de diagnostic ou tout du moins une unité où il y a cette charge de soins, de surveillance initiale et et après si ça relève d'une prise en charge simple, il peut aussi rentrer à la maison sinon on fait un diagnostic particulier et donc par exemple la gastro-entérologie doit reprendre ce malade, qu'on n'est pas amené nous à suivre. Je pense que c'est intéressant, il y a pas mal d'hôpitaux qui font des choses autour de ça. On a écrit un papier avec André autour de ça, autour de la saturation des Urgences et du partenariat avec la médecine interne. De tout ce que j'ai lu et des entretiens que j'ai fait et vous êtes le 10e, cela corrobore bien cette impression que j'ai et je pense que ce partenariat devrait se faire avec les Urgences parce que nous aussi on a à apprendre de ces patients très complexes qui arrivent, en voyant ce qu'ils deviennent et pour que vous n'ayez pas cette charge de travail tout seul. Car vous ne pouvez pas prendre en charge la moitié des malades hospitalisés en non programmé.

Vous voyez dans le projet que j'ai rédigé pour le projet de l'unité qui devait ouvrir. Pour moi il semblait très important que cette unité soit mixte c'est-à-dire que les médecins qui y travailleraient, aient la possibilité de faire des consultations, d'hospitaliser les malades de manière programmée, parce que les échos que j'ai des services de Médecine interne qui ont au sein de leur unité, un service post-Urgences ou diagnostic rapide avec un mode de recrutement exclusivement avec les Urgences. Ils ont du mal à fidéliser les gens, ils sont obligés de faire des rotations. Selon les hôpitaux, c'est de 3 mois ou 6 mois. C'est quand même un peu la punition. Et moi ça me préoccupe. Je n'ai pas envie de rédiger un projet ou je sais à l'avance que personne n'aura envie d'y rester.

Mais pourquoi ça ne tournerait pas avec les trois services de Médecine interne Et aussi avec les Urgences, sur des périodes encore plus courtes, on pourrait imaginer 15 jours ?

Pourquoi pas, moi j'ai dit, j'ai rédigé quelque chose comme si c'était moi le responsable mais ce n'est pas forcément le meilleur projet pour l'établissement, je sais qu'il y a différents modèles qui existent. Quelqu'un m'avait déjà parlé de ce label d'unité de diagnostic rapide.

C'est ça c'est un acronyme très long. On trouvera bien un nom.

Le problème par exemple de cette unité hivernale. On a pris un patient qui avait un souci d'insuffisance rénale, il n'y avait pas de place en néphro. Disons qu'il y a un travail d'enquête diagnostique pour bien orienter les choses. Après si le malade est insuffisant rénal, il va avoir un suivi néphrologique. S'il est dans cette unité de diagnostic rapide et que cette unité n'a pas eu le temps de faire cette enquête à son terme on se retrouve dans le problème où il ne relève pas d'une spécialité d'organes, il va aller dans le service de Médecine interne. Le service de médecine interne va dire, nous sommes quand même une médecine de diagnostic, vous nous enlevez quelque chose. Par ailleurs, après 3-4 jours tous les problèmes ne sont pas forcément résolus, et pour les appréhender dans les détails il faut tout recommencer. Pas comme si rien n'a été fait. Il faut quand même s'approprier une réflexion qui a été patiente et minutieuse c'est très compliqué et ça prend du temps. Et ce temps, on aurait préféré le prendre nous-mêmes pour appréhender et connaître ce malade nous-même. Je crains qu'il y ait beaucoup de déception pour les gens qui sont dans cette unité de diagnostic rapide pour ne pas pouvoir aller au bout de l'enquête si on leur dit qu'au bout de trois jours il faut qu'il transfère le malade et pour les gens qui reçoivent le patient après qui n'auront plus la curiosité de cette enquête de diagnostic.

Ce genre de patients ne seraient par définition, pas pour de la Médecine interne

Je trouve incroyable cette notion de poly-pathologie chez mes collègues, on ne le sait pas à l'avance. La richesse de certains diagnostics où on peut apporter quelque chose. On a l'impression qu'on a apporté quelque chose aux malades une hospitalisation avec un diagnostic est un plus. Je suis assez ouvert pour essayer d'améliorer la situation dans l'établissement, mais il faut voir les choses au moins à l'échelle de l'établissement voire du territoire.

Moi je pense qu'il ne faudrait pas non plus que les services dit d'organes se désinvestissent complètement et on le voit déjà. Certains services nous refusent les patients. Si en plus, on rajoute des lits en Médecine interne étiquetés aval des urgences. Il faut quand même qu'il y ait un contrat où on dit on vous soulage de cette partie du travail là. On peut l'entendre mais par contre il faut absolument que vous preniez les malades qui dépendent de votre discipline et que vous les preniez dans les 48-72 heures.

Bien sûr si le malade est mieux au bout de 3-4 jours, on ne va pas le renvoyer dans un autre service, on va le garder à l'unité. Il faut vraiment que le non-programmé redevienne une partie de la mission de ces services là. Voilà.

Entretien 10

Je suis responsable du pôle hépato-digestif, toute la partie gastro et chirurgicale.

C'est original d'habitude on scinde la chirurgie et la gastro.

Alors il y a le service de gastro et le service de chirurgie qui sont supervisés par un pôle. Ce pôle est petit, car c'est un pôle qui réunit deux services. Souvent les pôles sont 3-4 services avec des entités qui n'ont rien à voir, alors que nous nous avons une logique de pôle. D'autant qu'on a une particularité dans notre pôle, il a servi à être référent des projets IHU sur la chirurgie et la gastro interventionnelle avec les pathologies de radio-interventionnelles. Il est adossé à l'IHU. C'est deux entités qui se rejoignent quand même fortement.

Quelle est votre perception globale des admissions non-programmés sur l'hôpital ?

Sur l'hôpital je n'ai pas beaucoup de commentaires à faire. L'hôpital joue son rôle d'hôpital de proximité. L'hôpital se substitue à la médecine de ville qui ne fait plus tout son travail. Pour la partie chirurgie, Strasbourg est très particulier depuis très longtemps. Il ne faut pas oublier qu'à Strasbourg en dehors du CHU, il n'y a aucune Urgences la nuit et le week-end. Car les cliniques ne jouent pas la fonction de garde. L'hôpital a toujours joué un rôle dans la permanence des soins, je parle de ma spécialité, depuis 30 ans.

Il n'y a pas de permanence de soins chirurgicale dans les cliniques ?

Non.

Est-ce qu'ils ont des lignes de financement de l'ARS ? Donc ils ne jouent pas le jeu. En Occitanie je faisais partie du groupe de l'évaluation de la PDESES, c'était pareil. Et donc, concernant votre pôle par rapport aux admissions des soins non-programmés ?

D'une façon générale, je sais que les Urgences représentent à peu près 30 à 35 % des activités c'est loin d'être négligeable. C'est pour ça que toutes les discussions sur les lits d'aval est très biaisée par rapport à la réalité de la pratique du pôle. On a pas mal d'admissions

d'urgences directes, on a toutes les admissions d'urgences qui passent par le service d'accueil aux Urgences. Notre activité d'urgence représente 30 à 35 %.

Qu'entendez-vous par débat biaisé ?

On nous dit de garder 2-3 lits d'aval. Mais de toute façon nous avons notre activité déjà c'est 35 % d'Urgences. Nous prenons de toute façon plus de patients que ce qui nous est demandé en période de tension.

Est-ce que vous pensez arriver à prendre tous les malades ?

On a dans le service la consigne de prendre tous les malades digestifs quels qu'ils soient. Les gastros à une période voulaient prendre plus de pancréatites, mais moi j'estime que tant qu'on n'a pas les résultats tout ce qui est digestif doit être dans le pôle digestif et pas chirurgie ou gastro-entérologie. On se débrouille en interne pour l'orienter pour qu'il ait ensuite la bonne étiquette. C'est pour ça que j'essaie de considérer le pôle comme un plateau d'hospitalisation. Et non pas, comme un service A, un service B, un service C. C'est très difficile, car on oblige certains médecins pour qui, c'est difficile d'aller voir un malade même à 10 m de leur bureau. C'est pas toujours bien accepté. Il y a des endroits où c'est normal de prendre les malades quand il y a des lits, ici de temps en temps c'est compliqué.

Pourquoi, pensez-vous que ça freine ?

Car beaucoup de médecins aiment avoir leur pré carré. Ils imaginent qu'avoir leurs malades autour de leur bureau, c'est mieux que de les avoir un peu plus loin.

Est-ce que vous pensez que c'est vraiment un problème géographique ?

Non c'est plus un problème psychologique. J'ai normalement interdit les transferts inter-unité, du 51 au 52 par exemple, parce qu'il y a 10 m. Parce que nous sommes en pénurie de personnel. Changer un malade : c'est refaire la chambre, refaire les papiers d'admission, ça occupe une heure des infirmières, des brancardiers, ce qui est délirant dans le contexte actuel. Ça j'ai à peu près réussi mais pas complètement.

Le frein psychologique il est où alors ?

C'est l'impression, que si on n'a pas tous mes malades autour de soi, on perd du temps, on suit moins bien. Il y a des gens que ça contrarie d'aller au bout du couloir. Les gens pensent que le malade serait moins bien pris en charge et comme ils n'ont pas la culture d'hôtellerie, ils n'ont pas le suivi, la philosophie d'hôtellerie. Mais l'organisation n'est pas faite comme ça je leur ai dit trouvez-moi une solution informatique : voilà : mes malades sont dans ces 10 chambres et quand je fais la visite je coche les chambres, mais ça je n'arrive pas à l'obtenir. Tout le système n'est pas adapté. Actuellement tous les matins les 20 malades dont je suis référent ça ne me dérange pas qu'ils soient au bâtiment A, au bâtiment B, au deuxième étage ou au troisième et je fais mon circuit ça ne me dérange pas. Je sais qu'il y en a qui travaillent comme ça, dans d'autres hôpitaux. Il faut une petite aide technique informatique d'organisation. Je dirais qu'aujourd'hui, un malade peu grave délocalisé a des risques d'être perdu. Le malade qui a un vague bobo, est vu une première fois à la sortie de garde, le chef de garde, surtout aujourd'hui avec les récupérations, l'évolution de la législation sur les 48 heures, ce n'est jamais le même dans la journée. Je respecte scrupuleusement le repos de garde. Si l'interne voit qu'il n'y a pas de fièvre, que la prise de sang est normale : « passe quand tu as le temps, il n'y a pas d'urgence, ce malade peut passer 24 heures sans être vu. Si dans l'autre service il va très bien et il se balade et il va à la cafèt', si le médecin passe à ce moment-là, le malade ne sera pas vu. Je pense que c'est la vraie vie, ça c'est classique ça ne devrait pas l'être. Alors que le malade grave il n'y a pas de souci de prise en charge.

Est-ce que vous pensez que c'est un frein pour la qualité de la prise en charge ? Il sera moins bien surveillé pris en charge dans un autre service ?

Là je pense que c'est plutôt de la conscience professionnelle.

Je parle au niveau paramédical.

Oui même au niveau paramédical, je pense que tout ça c'est une question d'organisation, les malades n'ont pas en ophtalmologie les gouttes mieux mises au deuxième qu'au premier parce qu'elles ont plus l'habitude. Je parle de l'admission d'urgence. Je pense que le malade avec le post-opératoire, car un malade en post-opératoire d'urgence peut être très lourd en digestif. Ça peut effectivement poser problème dans certaines unités de soins, s'il y a des drains, s'il y a

des écoulements, des choses à changer, les poches... L'infirmière de digestif saura donner l'alerte, ce n'est pas dit que cette alerte soit donnée dans des unités qui n'ont absolument pas l'habitude du digestif. Donc pour certains cas, ça peut être problématique c'est pour ça que normalement les malades lourds ne sont pas externalisés.

Vous donnez l'impression dans votre discours de prendre un peu tous les malades, est-ce que c'est partagé globalement par tous les médecins du pôle ?

Dans le pôle oui, globalement, oui. On délocalise beaucoup de patients en urgence.

Je suis là depuis un mois, je peux difficilement donner une appréciation. Je vois que globalement nous avons du mal à hospitaliser sur l'hôpital. C'est compliqué, ça met beaucoup de temps. J'ai l'impression parfois, que les malades de cancéro c'est plus compliqué, ou les découvertes de cancers.

Alors les découvertes de cancer, normalement non. Chaque service normalement c'est leur spécialité. Le problème du cancer, c'est qu'il y a beaucoup de patients à Strasbourg qui étaient d'abord suivis dans le centre Paul Strauss, mais il n'avait pas d'admissions de nuit, ni de week-end. Donc les week-ends, les malades ne pouvaient pas aller au centre anticancéreux, ils étaient donc dans d'autres services qui rechignaient à les prendre en charge, pour une altération de leur état général. Je ne pense pas que ce soit une majorité des cas.

Comment sont vécues les admissions non-programmés venant des Urgences, dans le service ? Est-ce que vous avez l'impression que ces malades sont plus lourds que les malades programmés ?

Aujourd'hui non. On a beaucoup augmenté l'ambulatoire depuis deux ans. Le malade est lourd parce que les prescriptions ne sont pas faites, les voies ne sont pas toujours posées comme il faut, il n'est pas toujours techniqué comme il devrait l'être, comme il va devoir l'être, donc elles ont un travail d'admission. La difficulté qu'on a ici au centre-ville c'est qu'on n'a pas beaucoup de lits d'unité de soins intensifs. Du coup, les infirmières ont beaucoup de post-opération immédiat. Cette nuit, on a fait une péritonite d'urgence, il était dans le service à trois heures. Après là, c'est des malades très lourds. Normalement, c'est quand même plus les post-op. Le malade venant des Urgences n'est pas plus lourd que ces

post-op.

Et au niveau gastro-entérologie vous pensez que c'est pareil ?

Oui, sauf qu'il y a un problème en gastro-entérologie actuellement, c'est que le nombre d'internes ne permet pas de faire la ligne de garde et nous avons donc un problème majeur depuis dix ans, que personne n'a jamais réussi à résoudre. Ce problème de gardes des internes est politique. Il n'y a pas d'internes de garde en gastro-entérologie. Et il n'y a pas de médecins de garde en gastro-entérologie. Réellement, c'est au petit bonheur la chance. Organisation pratique pendant quelques années. C'était qu'un des internes des Urgences assurait la garde de la gastro-entérologie. Et là, actuellement avec l'augmentation de l'activité des Urgences, c'est quasiment impossible. C'était la seule solution, car les chefs de service des autres étages n'acceptaient pas que leur interne fasse la garde en gastro-entérologie. Dans beaucoup d'hôpitaux, il y a un interne de maison. Ici c'est refusé par les services. Car nous avons très peu d'internes, un ou deux. « Donc de toute façon vous n'assuriez pas significativement des gardes. C'est nous qui ferions votre boulot et pas vous le nôtre. » Donc maintenant l'organisation, c'est l'interne de chirurgie sur place et autrement c'est l'endoscopiste de garde. C'est le sénior de garde de gastro qui est censé assurer le service en hépato-gastro. C'est un problème d'organisation qui n'est pas encore réglé.

Et quand vous dites que c'est politique c'est-à-dire ?

Le problème, je le soulève à chaque commission de la permanence des soins et à chaque fois on me dit bon on va réfléchir. Ça fait 3-4 ans.

Il faudrait augmenter le nombre d'internes ? Ça prendrait des internes dans le service miroir ?

Il n'y a pas forcément du travail pour cinq internes, alors qu'il faut cinq internes pour remplir les colonnes de garde. Il y a trois postes en gastro vu la taille du service. Il n'y a pas de quoi faire cinq postes.

Est-ce que vous avez des difficultés de recrutement médical, de médecins ?

Il y a une problématique particulière qui est sans doute en train de se régler par rapport à la séniorisation. Il manque 30 % de gastro-entérologues en France. Il y a des services qui ont gardé l'hépatologie et qui ont un service donc d'hépatologie-gastro-entérologie. Il y a d'autres endroits où ils ont séparé la gastro et l'hépatologie. Aujourd'hui, il n'y a pas assez d'hépatologue, il n'y a pas assez de gastro-entérologues. Ici on est bien en hépatologie mais on est faible en gastro. Pendant longtemps c'était un PH qui faisait tout. Quand il est parti, on a recruté un PU-PH qui est parti depuis. On est donc actuellement en recrutement d'un PH gastro interventionnelle. Mais ce n'est pas en France, il n'y en a pas assez en France. (C'est un autrichien)

Vous pensez que c'est quoi le frein ?

Je ne pense pas que ce soit un frein je pense qu'il n'y en a pas assez. On en forme tellement peu que quand il y en a un il part gagner des sous.

C'est la concurrence du privé ?

Oui c'est ça.

Est-ce que vous pensez que cette activité de soins non-programmés peut être un frein au recrutement ?

Oui ça en fait partie. Ça veut dire qu'ils ont des astreintes, des gardes. Là, ils sont à trois à le faire c'est lourd. Car ils se déplacent beaucoup pendant leur garde. C'est pour ça, que s'ils étaient quatre ou cinq, ça réglerait très rapidement le problème. Un ou deux praticiens en plus pour la permanence des soins ça transforme tout.

Quelle est votre technique pour attirer les gens, sachant qu'il y a cette mission des admissions non-programmés ?

Pour attirer les gens, on leur offre le plateau technique de l'IHU., des moyens d'études. La personne qu'on recrute, vient justement pour ce plateau technique, et en termes de développement, il peut prendre des post-docs, des fellows. On lui offre un plateau technique avec un environnement scientifique c'est comme ça qu'on arrive à attirer du monde.

Est-ce que vous pensez que l'IHU....

En fait l'IHU, c'est un peu la partie médicale, médicalisée de l'IRCADE. On a eu de la chance au moment du grand emprunt des CHU, qui ont financé. Et dans ce cadre de financement, les collectivités territoriales ont payé le bâtiment. Donc, on n'a pas eu besoin de prendre dans le budget de l'hôpital pour le bâtiment et ainsi il a pu être dévolu entièrement à la recherche.

Comment est-ce que ça s'articule, entre ce plateau hyper technique et les soins non-programmés ? Comment vous imaginez cette articulation ?

Actuellement, nous avons la problématique de l'hôpital, qui ne permet pas de financer de ligne de gardes. Donc aujourd'hui, en gros l'organisation qui a été faite : les urgences sont faites de trois types. Il y a les urgences absolues, qu'il faut pousser dans le programme et donc on déplace les malades. Il y a l'urgence que j'appelle « à 6h » qui peut attendre un peu. Aujourd'hui on l'a fait à 17h et c'est pour ça que la chirurgie opère toute la nuit, il n'y a pas d'heure sans que les chirurgiens opèrent. Et l'urgence qui peut être différée et là, nous avons la chance à l'IHU d'avoir des praticiens qui viennent toutes les semaines ou une fois tous les qu'15 jours, qui viennent s'occuper des cas difficiles compliqués. Ce qui permet de résoudre, ce qui est compliqué dans le programme.

Vous imaginez que c'est plutôt complémentaire ou antagoniste ?

C'est complémentaire. Quand on a commencé l'IHU au début l'idée était de créer un plateau d'excellence. On a dit ok, ça ne sera qu'un plateau d'excellence. On s'est très vite rendu compte que ça ne pouvait pas fonctionner, on n'avait pas assez d'activité juste avec l'excellence, ce n'est pas logique en termes d'investissement ça ne peut pas tourner. Et ensuite pour screener l'exceptionnel on est obligé d'avoir du quotidien. Il faut 1000 endoscopies pour trouver un cancer. Vous prenez tous les malades et ensuite vous faites le tri et c'est là, que vous trouvez les cas que vous voulez, qui vous permettent de les mettre sur le plateau d'excellence. Je pense que dans notre discipline digestive en général, l'admission des soins non-programmés est une voix de recrutement et de reconnaissance majeur, c'est vraiment un recrutement que je défends de temps en temps quand quelqu'un me critique un peu parce qu'effectivement on ne peut pas trier....

Qu'est-ce qu'ils critiquent ?

Pourquoi est-ce qu'on prend un cirrhotique, pourquoi on prend un malade jaune sans savoir...

Qu'est-ce qu'ils veulent alors ?

Ils voudraient bien que le tri soit complètement fait.

Il voudrait un diagnostic complet déjà fait, qui arrive ?

Un tri déjà fait, un tri pour avoir le malade intéressant. Moi je dis qu'un cancer quel qu'il soit, il vient. On m'objecte oui mais là, à 90 ans on ne va pas pouvoir l'opérer. Tu ne peux savoir qu'après, d'abord il faut tous les prendre et faire le tri après. Ils auraient aimé encore plus de tri en amont. Mais pour moi ce n'est pas le travail des urgentistes. Je pense qu'aujourd'hui pour l'urgentiste le plus gros problème c'est de rester dans le tri et pas revenir au médecin général qui sait tout. Dans certains cas vous faites mal le tri. C'est-à-dire que vous affirmez un diagnostic parce qu'il faut que ça débite. Il y a des fois où il manque ce diagnostic du digestif. Effectivement il y a des médecins qui râlent pour descendre examiner un malade mais pour moi, je considère qu'il n'y a pas assez d'appels aux spécialistes. Par exemple pour le digestif, par rapport au tri. Je pense que le tri va trop loin entre ce qu'il doit ou pas entrer dans le digestif. Moi je pense que vous devriez appeler un peu plus.

Pourtant on fait des scanners

Alors la règle du scanner c'est marrant elle est éditée comme règle par tout le monde. Elle est éditée comme règle par la chef de service de radio, ce scanner d'urgence et qui parfois on entend les plus jeunes dire : « non c'est bon l'écho est parfaite ». Moi je vois ça une fois par mois il est sûr de son écho il n'a pas fait de scanner. Si j'étais mauvaise langue je dirais qu'actuellement le malade passe d'abord au scanner et voit un médecin après, en digestif, on n'est pas loin de ça.

Donc vous avez l'impression qu'on n'appelle pas assez ? Je suis étonné parce que j'avais plutôt l'impression qu'on appelle beaucoup. Et on appelle quand il y a un problème est

identifié sinon on n'appelle pas

Et c'est là, qu'il y a quelques manques d'identification. Régulièrement des malades qui font deux passages. Après il y a aussi le biais de la sélection des malades à Strasbourg. Il y a cette particularité d'avoir 2 sites. Il y a parfois l'urgentiste qui dit : « revenez s'il y a un problème », du coup le malade va à l'autre site. Mais je pense qu'il y a des domaines où l'urgentiste va trop loin dans son absence de délégation.

Ça ne va pas dans le sens de l'histoire car justement la formation des urgentistes c'est de les rendre autonomes.

Oui c'est la problématique de la médecine générale. À mes débuts j'ai fait quelques remplacements en ville et à la campagne dans le sud-ouest. J'ai vécu les deux extrêmes en ville : il a mal, il va tout de suite à l'hôpital et à la campagne quand tu es très loin de Bordeaux, il faut convaincre le malade d'aller jusqu'à l'hôpital. Effectivement la place de l'urgentiste est très compliquée mais il ne faut pas qu'elle devienne le généraliste polyvalent qui fait tout.

C'est ce que vous disiez tout à l'heure, c'est l'hôpital qui se substitue à la médecine de ville vous le ressentez-vous aussi dans votre activité ?

Oui, d'abord il n'y a plus beaucoup d'urgence prises en charge par les généralistes. J'ai des amis généralistes et ils disent tous ceux qui ne vont pas à l'hôpital et restent à la maison, c'est vraiment ceux qui ne veulent pas aller à l'hôpital. Des gens qui sont en caravanes, des gens qui sont plus ou moins sociabilisés. Et autrement il n'y a plus d'urgences faites par les généralistes.

Vous voyez ça dans les consultations que vous voyez ?

On voit qu'il y a beaucoup de petites urgences qui passent aux Urgences et qui restent quelques heures et les malades ne vont même pas au service en général, comme les coliques hépatiques qui passent aux Urgences puis que l'on revoit, nous, après en consultation programmée mais qui ne passent plus par les généralistes. Ça c'est de la médecine de ville

Vous parliez tout à l'heure de malades intéressants. C'est quoi un malade intéressant ?

Par exemple en chirurgie viscérale aujourd'hui, j'ai quasiment quatre services : un colorectal, un hépato-biliaire, un endocrino obésité. Aujourd'hui je dirais que par exemple le malade, intéressant pour l'hépatobiliaire, c'est le malade qui sera opéré, qui a un calcul enclavé avec un ictère chirurgical par rapport à un autre malade qui sera jaune aussi mais qui fait une cirrhose décompensée. Personne va se battre pour la cirrhose il n'y a aucun intérêt scientifique, il a peu d'intérêt thérapeutique. C'est vraiment juste de la médicalisation qui demain pourra certainement être faite beaucoup plus simplement en ville.

Et ça vous pensez que les 2 se télescopent dans un même service ? Ça pose un souci ?

Oui ça pose que, s'il y a beaucoup de médecins et de lits, ça ne pose pas problème. Mais si vous avez peu de médecins et que la situation est un peu tendue, la prise en charge des malades les moins valorisant au niveau activité personnelle ou scientifique seront pas forcément les mieux pris en charge.

C'est valorisant intellectuellement ?

Intellectuellement ou par l'acte médical interventionnel effectué. La pancréatite est intéressante quand il y a un calcul. Une fois qu'elle est confirmée comme étant liée à l'alcool, la pression de prise en charge baisse significativement.

Vous pensez que le malade qui a une pancréatite à cause de l'alcool on va rechigner à le prendre peut-être ?

Rechigner ce n'est pas le bon terme. Normalement pour moi ça fait partie du vrai tri. Les malades, on les prend tous parce qu'il faut désengorger les Urgences, les digestifs. Ensuite, c'est à nous de faire le tri, comment il va être traité, médicalisé, chirurgicalisé. Ça permet aussi ce rôle de formation, d'éducation thérapeutique et diagnostique. Ça permet aussi de présenter la gamme de pathologies qui existe et comment on arrive au tri. Par contre si le malade n'est pas chirurgical le jeu va être vite de lui trouver un lit d'aval en dehors de l'hôpital.

Est-ce que vous êtes beaucoup embêté par les bed-bloqueurs ?

On a une très mauvaise DMS en partie médicale et en particulier en gastro. J'ai beaucoup cherché pourquoi. Et en fait la mauvaise DMS ce n'est pas dû, contrairement à ce qu'on croit aux bed-bloqueurs, c'est faux. Non, la mauvaise DMS est surtout dû à des pratiques non conformes. On perd beaucoup plus de jours d'hospitalisation pour l'endoscopie actuellement, que par deux bed-bloqueurs. Ce qui prend du temps, c'est la coloscopie hospitalisés. Une DMS de coloscopie c'est 0.2. Vous hospitalisez une coloscopie la veille, c'est 3 jours, il consomme 3 lits à lui tout seul. 10 malades comme ça ça fait un bed bloqueur de 1 mois. Les bed-bloqueurs sont pénibles au quotidien, « ils ne servent à rien ». On a un malade qui reste là depuis un an que personne ne veut.

Est-ce que vous pensez que l'équipe les repère ? Et c'est un frein pour les prendre, ces « problématiques sociales » ?

On les identifie trop tard malheureusement, on essaye de faire attention. Il y a certains malades qu'il faut prendre en ambulatoire. Ils peuvent passer 24-48 heures mais après 14 jours on est cuit. Là, il faut être vigilant et malheureusement, il faut les sortir tout de suite. Dès qu'on a identifié la cause et qu'ils sont à leur niveau d'état antérieur.

Pourquoi vous dites malheureusement ?

Parce qu'aujourd'hui il n'y a pas de solutions pour ces malades. Et humainement c'est difficile mais pour moi. Ce choix, ce n'est pas à nous de le faire. C'est-à-dire est-ce que la société veut ou pas les prendre en charge ? Il y a un moment où ça a été une vraie filière. C'est la préfecture qui nous a dit il faut que ça s'arrête les demandes d'asile ce n'est plus que ça. Les gens comprennent très bien où il y a une porte d'entrée. Ils arrivaient pour une cirrhose et bilan pré-greffé et ils recevaient les papiers pour rester ici.

Concernant les malades poly-pathologiques, j'ai vu dans certains services médicaux où certains disaient clairement, qu'il y avait des problèmes de compétences, c'est-à-dire de gérer des malades qui ont plusieurs pathologies et pas que de la gastro par exemple. Est-ce que pour vous ça peut être un frein ?

Oui pour moi c'est réellement un frein. Déjà moi je demande, comme on a la chance d'être dans un CHU, que les décisions soient prises par un référent. J'interdis la prescription d'une antibiothérapie au long cours sans avis de l'infectiologue. Par exemple, si dans mon service en hépato, il y a un malade qui fait une petite décompensation cardiaque, il y a l'avis du cardio qui sera pris. Si déjà on est dans CHU je n'ai pas besoin de faire de médecine générale. A une époque où je faisais des gardes de chirurgie une fois je mettais un plâtre pour une entorse et on me disait il ne faut pas il faut l'envoyer en rééducation rapide et les autres fois où je l'envoyais en rééducation rapide on me traitait d'incapable par ce qu'il fallait les immobiliser. Je pense que le spécialiste a la subtilité de vouloir garder sa spécialité et de dénigrer le traitement qui est fait par un non spécialiste. Donc dès qu'il y a quelque qui n'est pas parfait ou up to date et à fortiori dans un chu où il y a toujours quelqu'un qui a le truc le plus récent, ça ne va pas être jugé comme pertinent ou efficient. Alors on est très protégé puisque nous sommes dans un CHU au niveau médico-légal. Mais quand je vois des pratiques ici quand je mets ma casquette d'expert, quand je vois comment sont jugés certaines pratiques, on est pas les mieux placés pour traiter les poly-pathologies. Je pense que c'est vite problématique. Ici par contre, à l'inverse demander l'avis de l'hépto puis du cardio etc. C'est vite un travail compliqué mais je pense qu'on est trop spécialisé, surtout par exemple, dans notre discipline. D'où la problématique de ces praticiens qui sont en garde. La garde d'Urgences, ils ne savent plus traiter ça.

Ce qui est dommage ? Non ?

Non je ne trouve pas. Je pense par exemple, à mes deux chirurgiens dans le service, il y en a un qui n'a jamais fait de rectum et qui fait des hépatectomies et l'autre qui fait des hépatectomies te ne saura jamais faire de rectum.

Je suis d'accord mais c'est poussé à l'extrême. Je parlais plutôt de, par exemple la bronchopneumopathie ?

Aujourd'hui je serai bien en peine de savoir ce qu'il serait le plus opportun. Est-ce qu'il faut faire un dépistage de streptocoque, juste lui mettre un antibiotique à l'aveugle. Je ne sais pas ce qu'il faut faire, est-ce que on doit l'isoler comment on différencie d'avec une tuberculose ?

C'est vrai, vous l'avez dit vous-même c'est un CHU. Donc on multiplie, on a la chance

d'avoir l'expertise dans tous les domaines.

Et il y a des gens qui font le tri. C'est pourquoi le champ d'expertise de l'urgentiste est de savoir comment trier ça, et où le mettre. Et si vous m'avez donné une bronchopneumopathie, il faut savoir où le mettre. Aujourd'hui je serai bien embêté si vous me mettez une pneumopathie. J'ai repensé à ça, avec les déserts médicaux où on envoie des médecins très âgés dans des endroits de désert médical. Moi, je trouve ça dramatique. J'aimerais bien savoir la thérapie qu'il met en place. Moi, je serais bien en peine de faire ça, de le remplacer. Je ne sais plus faire.

Nous, aux Urgences, on voit rarement des gens qui ont qu'une seule pathologie. Les malades qui ont des cancers sont rarement diagnostiqués chez nous, ils sont diagnostiqués en extérieur. Nous, ceux qu'on voit aux Urgences, c'est des malades poly-pathologiques qui ont un peu de tout. Et c'est ça, je ne sais pas ce que vous en pensez, mais on a l'impression que cette organisation hyper spécialisée, on en a effectivement besoin je ne mets pas du tout en question, mais je me demande si cette formule là, est adaptée à toute une partie de la population qui a de la poly-pathologie. Typiquement une personne âgée, insuffisant cardiaque et qui a en même temps une angio-chole.

D'accord, aujourd'hui effectivement le système est mal fait pour ces poly-pathologies et effectivement, il va atterrir dans la plus grave de ses pathologies, c'est vrai qu'on va rater des choses. Et s'il n'y a personne qui prend un tout petit peu de recul, on va rater des choses.

Est-ce que vous pensez qu'il y a un avenir à scinder dans les services une activité hyper spécialisée et de l'activité dite poly-pathologique ?

Pour moi il y a une manière de s'en sortir que j'aurais aimé faire mais aujourd'hui l'hôpital n'est pas à même de faire ça. C'est d'amener le médecin généraliste dans les services, c'est-à-dire un médecin qui n'a pas la vue de l'hyper spécialiste et qui fait de la gestion de...

Un interniste ?

Voilà. Un interniste dans un service de chir comme moi, je pense qu'il aurait toute sa place parce qu'il y aurait une autre vision des malades. De temps en temps, il y en a un qui a mal au

ventre effectivement mais j'ai l'impression de rater quelque chose, mais est ce qu'il n'a pas quelque chose à laquelle je n'ai pas pensé parce que je suis devenu trop spécialisé. Je pense qu'effectivement il y aurait cette place, mais comment ? Il y a une époque... J'essaye de dire à mes chefs de service de se mettre référent dans 2-3 unités de soins. Et ça marche très très bien. Par exemple, une fois par semaine, tu vas dire bonjour en médical B. Ils savent que tous les vendredis, il y a un chir qui passe dire bonjour et effectivement, elle s'est mise à recruter toute une série de malades où elle faisait gagner du temps. Ça c'est quelque chose que philosophiquement j'insiste : allez par exemple, vous balader en endocrinologie, ils savent que tous les vendredis après 14 h, il y a un chirurgien qui va passer dans le service voir pour les glandes thyroïdes, les surrénales, un pancréas. On accélère le bilan et les prises en charge, les orientations...

Et à l'inverse l'interniste peut regarder quand il y a différents avis qui peuvent se télescoper.

Oui ça fait gagner aussi beaucoup de temps si un chirurgien qui passe, ça fait gagner du temps pour les examens.

Quelque chose qui est bien reçu dans vos équipes ?

Ils hésitent à y aller effectivement parce que les premières fois ils y vont pour rien.... J'avais un chef qui faisait ça elle faisait des sarcomes. En se baladant elle est devenue référente sarcome. C'est une façon de compenser, ce que j'essaye là c'est comme des consultations. Je voulais aussi mais actuellement c'est difficile. Ce que je voulais c'est que le chir de garde aille tous les matins tous les jours cinq minutes en bas au service des urgences pour traiter entre guillemets tous les digestifs. Quand ça marche, c'est génial. Le médecin arrive avec la liste de choses à régler pour nous. C'est à dire que l'on prend ou qu'on ne prend pas, mais on a donné un avis et moi je pense que c'est comme ça qu'il faut que ça fonctionne. Mais c'est sûr que c'est compliqué pour les chirurgiens. Il y a déjà le staff, on présente pendant une demi-heure puis après il y a les non-programmés amis après c'est le bloc donc ça doit être le chef de garde, mais le chef de garde il a les trois ou quatre lits de garde à voir. Du coup le staff est terminé chez vous c'est un peu compliqué à organiser.

Ça améliorerait aussi la communication. L'image du médecin qui s'occupe du poly-

pathologique, en filigrane, comme vous le dites, c'est une image, négative, dénigrée. Ce qu'on cherche c'est le malade intéressant.

Je ne pense pas que ce soit dénigrer, mais aujourd'hui, les seuls qui ont encore cette compétence de poly-pathologies ce sont les urgentistes.

Et les internistes ?

Oui surtout en France parce qu'ils ont perdu beaucoup de spécialités. Les allemands, les Italiens, ils n'ont pas de gastro, ils ont des interniste avec des valences complémentaires. Il y aurait beaucoup plus de gastro en France s'ils étaient restés internistes. Il y en a beaucoup qui seraient contents d'avoir une valence hépato ou gastro. Mais comme on a décidé que c'était un métier, les lobbys ont fonctionné et donc vous n'avez plus assez de métiers car les spécialités vivent au gré des recrutements et les hépatite on les a guéries, les hépato sont morts pour les 20 ans qui viennent. Mais maintenant il n'y a plus de travail pour les hépato, ce n'est plus un métier. Et en France l'interniste n'a plus de gastro, il n'a pas d'hépato, il n'a pas de néphro, il n'a plus...

Donc vous dites que ce n'est plus que les urgentistes qui ont cette compétence de polypathologies ?

Aujourd'hui les seuls ceux qui ont la vision de la polypathologie c'est les urgences

Est-ce que vous pensez que c'est valorisé ou dévalorisé ?

Aujourd'hui, ça n'est pas valorisé. C'est considéré comme les généralistes du CHU, je vais être méchant.... Pour moi la fonction de l'urgentiste est fondamentale dans l'accueil, dans le tri, dans la gestion. Dans les urgentistes il y a de tout... (hésitant). L'urgentiste est devenu une spécialité qui monte en flèche, qui est devenu à la mode, qui est poussé par les ARS, qui est indispensable parce qu'elle compense les généralistes qui ne sont plus là. Donc il y a une fonction qui a été créée. Il y a une bulle. Il y en a qui n'arrivent plus à faire le tri entre la réalité de leur fonction et ce qu'on leur demande. Et les mecs pensent sereinement qu'ils savent tout faire. Ils n'appellent plus personne, parce qu'ils savent faire tous les métiers. En fait c'est toujours pareil, c'est quelques brebis qui dévalorisent l'ensemble.

Ici à Strasbourg vous avez remarqué ça ?

Il y en a partout. Il y en a aussi dans nos spécialités aussi. Par exemple la chirurgie cardiaque il y a Jupiter et ensuite il y a ses assistants. Ils ne s'en rendent peut être pas compte mais il y en a qui pensent qu'ils savent tout faire. Mais aux Urgences, si vous pensez savoir-faire, si vous ne faites plus le tri, vous allez rater des choses.

(...) Moi dans l'autre hôpital, nous avons protocolisé, quand est-ce qu'on appelait ou quand est-ce qu'on n'appelait pas, où on appelait.

Oui mais là dans ce cas-là, c'est protocolisé avec un score noté. Ici, ce n'est pas le cas aujourd'hui. Je pense que pour la taille de Strasbourg, il faut passer par un coup de fil. On n'en revient de nouveau, vous avez raison c'est le manque de communication. L'urgentiste appelle le chir de garde pour qu'il checke le scanner le lendemain

Je n'appelle pas, parce que vraiment je pensais, que ça faisait partie des recommandations que j'appliquais quelque chose.

L'autre chose que je reproche, c'est que c'est dommage que l'urgentiste à Strasbourg ne conserve pas le recrutement des malades au CHU. La moitié, il les renvoie chez leur généraliste ou d'aller voir des collègues de leur médecin. Quand je vois les courriers des gens qui viennent des Urgences en consultation, l'urgentiste lui a dit de repasser par son médecin, il ne l'a pas envoyé avec le carton de visite des médecins du service de gastro ou de chirurgie de l'hôpital.

Je suis étonné parce qu'aux Urgences, on a des cartons et moi je donne des cartons.

Non beaucoup partent et on leur dit d'aller voir un médecin. Il va falloir vous opérer.... Alors que j'étais prêt, j'en ai parlé à Bilbault, j'étais prêt à bloquer trois consultes par semaine

Moi je pensais que c'était un peu de perte de temps de faire venir le spécialiste mais peut-être que ce que je pense est une erreur. De faire gagner du temps de spécialiste, en demandant des avis partout, on fait déborder de malades qui attendent des avis.

Comme moi, je le donne comme recommandation : quand vous descendez, il est exclu de demander un examen et d'attendre le résultat avant de savoir ce que vous allez faire du malade. C'est là où je suis d'accord avec vous c'est là, l'intérêt de la séniorisation. Si c'est pour se servir des Urgences comme centre de tri digestif sympathique, c'est pas le but. Si tu vois un malade et tu penses qu'il nécessite quelque chose de plus, il faut le prendre chez nous et on fait le bilan chez nous. Ou tu penses qu'il n'a pas besoin en urgence, voilà le carton et on le voit la semaine prochaine. C'est l'intérêt de la séniorisation. L'avis c'est tu prends ou tu ne prends pas.

Vous savez que ça ne se passe pas comme ça. On demande pour quasi toutes les pathologies biliaires une biliIRM aux urgences.

En fait pourquoi ils font leur bili aux Urgences, parce qu'ils ne veulent pas décider tout de suite si c'est médical ou chirurgical. Ils ne veulent pas se décider de suite si c'est médical ou chirurgical s'il faut qu'il aille au 51 ou au 54.

Vous ne pensez pas que plutôt ils cherchent le malade intéressant ?

Oui mais le tri doit être fait dans le service. Je vois le malade, est-ce que je le veux ou pas, si je pense que c'est pas urgent, il peut rentrer chez lui et revient en consultation, soit c'est urgent et il est pris dans le pôle qui est médico-chirurgical, le tri est fait en haut. C'est là-dessus qu'il faut travailler. Vous êtes un centre de pré-tri, vous n'êtes pas un centre de tri retardé après tous les examens etc... Vous n'êtes pas un centre de tri où tout est déjà fait sinon vous allez faire du préop.

Ça c'est intéressant je pense qu'il y a un travail à faire là-dessus. Voire de faire un protocole. Vous ressentez la pression de la DMS ?

Oui effectivement mais il y a tellement de biais. Dans les deux ans, on a augmenté de 80 % l'ambulatoire, donc les cas les plus faciles sont enlevés, donc la DMS s'aggrave. J'ai demandé à la direction de connaître le taux d'ambulatoire dans les services où il y a la meilleure DMS. Il devrait y avoir un vrai ratio DMS-ambulatoire. Les services qui ont beaucoup d'ambu, les malades qui restent c'est les catas quoi, si le service a 10% d'ambu, il aura facilement une

DMS basse. Ça a un vrai rapport, aujourd'hui c'est nouveau de poser cette question. Et le taux du nombre d'infirmières versus le nombre de lits de soins continus. A Hautepierre ils ont le double de lits de soins continus. Des malades très lourds ici on les prend directe en service avec drains. A Hautepierre il va en soins continus où il y a le double d'infirmières. Donc si on comptabilise les infirmières incluant service et soins continus il y a beaucoup plus d'infirmières. C'est un gros biais sur la charge de travail. On ne peut pas comparer Hautepierre et NHC, il y a des détails qui font la différence et qui font la charge de travail. J'ai quand même amélioré des choses quand je suis arrivé. Le service de soins continus c'était le service privé....

J'en ai pas pour très longtemps, Qu'est-ce que vous verriez pour améliorer ce fonctionnement des urgences ?

Je ne pense pas, qu'il y ait une organisation complète à changer. Il y a plusieurs petits points à améliorer, comme le relationnel rapide, le quotidien. L'intervention bref, un urgentiste à mon staff ou un de mes médecins au staff aux Urgences par exemple.... Je pense que c'est surtout régler cette problématique de l'avis. Le sénior voit, l'avis est donné : je prends, je prends pas.

Et sur la filière d'hospitalisation ? Nous on a des problèmes avec les malades poly-pathologiques.

Le plus gros problème c'est la poly-pathologie médicale dépendante. Le problème ; c'est les malades dépendants, ce n'est pas la chirurgie. Ce qui nous fait tous peur, c'est ce malade qui va consommer énormément de ressources de personnel quand il est là, et qu'on ne peut plus renvoyer chez lui.

Comment qualifieriez-vous vos relations avec les Urgences ? Vous avez dit : pas assez d'appel et trop autonome. Est-ce que vous voulez compléter quelque chose ?

En général, on s'entend bien avec les Urgences parce que nous, nous en avons vraiment beaucoup. Comme ici, où nous n'avons pas de traumatologie, on sait que quand on nous appelle c'est du vrai digestif, ce n'est pas des avis complémentaires de traumatologie. C'est très agréable de ne pas avoir cette traumatologie en plus, parce que c'est très stressant, parce qu'on peut facilement passer à côté de choses. Il y a une pression populaire. La population accepte

mal que ces traumatismes, qu'on arrive pas à soigner parce que c'est la faute à quelque chose. On accepte mal que la science n'est pas plénipotentiaire, on ne conçoit pas qu'on ne soit pas capable de tout corriger.

Moi je le vois tous les jours. On le voit dans la chirurgie de l'obésité. L'obèse quand il arrive il est très malade en carence de beaucoup de choses, dénutri, hypo vitaminique. Il arrive juste gros et en fait on l'a rendu malade.... Et dernière chose qu'il faut travailler ensemble : les urgences ambulatoires, je suis un fervent convaincu des hospitalisations raccourcies, c'est un vrai sujet. J'ai un de mes chefs qui est allé à un congrès à Paris. Et c'est un sujet qui effectivement commence à être pointé du doigt : l'urgence pour tout le monde ce n'est jamais ambulatoire et en fait j'ai commencé à faire de l'appendicite à sortie 24 heures. C'est révolutionnaire quand j'ai commencé à faire ça.

Et vous auriez un service où vous pourriez faire ça ?

Oui parce que ce n'est que de l'organisation. L'opération est jusqu'à minuit il peut sortir le lendemain. Mais c'est encore iconoclaste. Actuellement, je pense qu'il y a toute une place pour le traitement ambulatoire immédiat et de se poser la question de l'urgence. Les filières d'Urgences pêchent aussi par manque d'organisation structurelle de l'urgence, pour aller vite dans le diagnostic et la prise en charge. Il y a heureusement déjà l'imagerie aux Urgences. Mais je dis que plus on seniorise les urgences, plus ça ira vite.

Mais au CHU le problème c'est qu'il y a toutes ces strates qui font qu'on retarde la prise en charge.

Oui ils se sont levés pendant cinq ans les nuits et les gardes, et maintenant ils ont un peu levé le pied... Je comprends.

Je voudrais avoir ton avis sur les admissions soins non-programmés dans les services ?

Quelle est ton opinion là-dessus ?

Spécifiquement pour notre unité, on a un tiers d'admissions des soins non-programmés. Pour être précis on ne fonctionne qu'avec du non-programmé. On a quasiment aucune admission programmée. Un tiers venant des Urgences, un tiers qui vient de la ville, un tiers des autres unités. Donc quelle est mon opinion, et bien, c'est juste mon quotidien. Nous sommes obligés de fonctionner selon les sollicitations, on fait quasiment zéro programmé.

Est-ce que vous voyez une différence entre les admissions des soins non-programmés qui viennent de la ville de celles des Urgences et de celles qui arrivent des autres unités ?

Celui qui vient de la ville, on est un peu plus inquiet. Il risque d'être plus instable que celui qui vient des Urgences, de celui qui vient d'un service, où normalement alors est tout cadré. On peut avoir des patients venant de la ville avec un choc septique, ça n'arrivera pas des Urgences. Il y a une gradation en fait. Celui qui vient d'un service il est stable. Celui qui vient des Urgences est instable, chaud mais pas à aller en réanimation. Et celui qui vient hors HUS peut directement aller en réa. On fait office de service d'Urgences dans ces cas-là.

Pourquoi vous faites des admissions direct venant de la ville ?

C'est dû à notre spécialité. En infectiologie c'est normal.

Vous avez beaucoup d'appels des médecins de ville ?

Cela représente 15 % de nos appels. En sachant qu'on en a 50 par jour. Entre 30 et 50 sollicitations pour un avis infectieux par jour. Et on essaye quasiment systématiquement de les gérer tous nous-mêmes. On ne fait jamais ou exceptionnellement de passage par les Urgences.

Pourquoi cette volonté ?

Parce que nous assumons les sollicitations. Parce qu'on sait qu'en bas ça déborde, c'est une solution de facilité. En fait ce serait une solution de facilité. Si on s'enlève 15 % des appels c'est une part d'activité qui disparaîtrait. Parfois il y a des appels très spécialisés donc on répond et ensuite quand on est appelé pour une consultation ou une prise en charge, on assume. C'est notre spécialité, sinon il faut qu'on change de métier. Si on m'appelle pour une fièvre inexplicquée et que je lui ai dit d'aller aux Urgences je sers à quoi ? Nous sommes régulièrement appelés pour des fièvres, des problèmes infectiologiques bénignes ou graves et on essaye de gérer, parce que l'on a l'impression de faire notre métier. Après on a conscience que s'il n'y avait pas d'activité aux Urgences, si on pouvait dire facilement : écoutez cela requiert un avis spécialisé, faites-le passer par les Urgences. Si on avait une filière en fait. Si on s'organisait ensemble, pourquoi pas. Et nous on viendrait jeter un coup d'œil, orienter, aider etc.... Ce serait effectivement plus confortable, parce que là, nous sommes obligés de gérer, à chaque fois, à flux tendu. Est-ce que je peux le prendre maintenant ? Est-ce que je peux le prendre demain matin ? En consultation ? C'est des questions du quotidien c'est en permanence ça.

C'est partagé cette idée-là de prendre les malades en direct dans l'équipe ?

Oui dans l'équipe c'est partagé, esprit d'équipe.

Et dans le paramédical c'est quelque chose qu'ils acceptent ?

Disons qu'ils subissent plutôt. On essaye de tourner donc on bouscule un peu/ c'est vrai que quand l'activité est lourde au service, ils subissent les admissions complémentaires. Il faut alors vraiment mettre les formes, y aller en douceur pour expliquer à l'équipe soignante, qu'on va devoir faire sortir quelqu'un qui n'était pas prévu pour prendre quelqu'un d'autre à la place qui est plus grave, qui nécessite plus de soins.

Qu'est-ce que vous utilisez comme mots alors ?

Ces mots là : qu'on est sollicité, que ce n'est pas de notre fait, mais du fait de la maladie du patient, pour aider les collègues qui sont dans d'autres structures et que le patient a besoin d'infectiologie plus que d'un service de médecine interne. On a plus à lui apporter parce que c'est notre métier. Ça passe toujours mais il y a toujours un échange avec l'équipe

paramédicale.

Vous faites attention à l'échange dans les équipes ?

Toujours.

J'ai remarqué que dans tous les services tout le monde dit qu'ils font attention à l'équipe paramédicale.

Ils sont au bord de la rupture. C'est comme un vase plein. C'est-à-dire que dès qu'il y a un patient complémentaire grabataire, l'ensemble de l'équipe revient vers nous en disant là c'est plus possible. J'y arrive plus. Ce patient s'en va et hop, ça va mieux. Pourtant il y a encore huit toilettes à faire. On a vraiment l'impression qu'ils sont en équilibre précaire. Et on est au maximum de l'activité pour tous.

Aucune marge de manœuvre ?

Aucune. Donc c'est vrai que si on remplace quelqu'un de stable par quelqu'un instable ça peut être mal accepté à certains moments. Sauf si on parle.

Et c'est-ce que vous pensez que c'est un frein quand ce malade est vraiment lourd ?

Oui ça arrive. Tout à fait. On essaye de le faire passer par les soins intensifs, pas loin.

Ces malades poly-pathologiques pour les médecins, est-ce que c'est aussi un frein ?

Non pas spécialement. On va dire qu'un patient qui serait vraiment gériatrique, on se dirait effectivement, il serait peut-être mieux en gériatrie. Mais dans le fond, honnêtement, on ne fait aucune sélection. Peut-être qu'on devrait, quand je vois d'autres collègues... Mais c'est vrai que c'est une politique de l'étage.

Il y a aussi en médicale A et en médicale B, on a l'impression que c'est partagé

J'ai l'impression qu'on ne sélectionne jamais. La seule fois où on a fait attention, c'est quand

on me dit voilà il est tétraplégique qui vit en famille dans un domicile et là, j'avais demandé à l'assistante sociale de vérifier, qu'il n'y ait pas de souci social monstrueux, car c'est quelqu'un qui risque de rester neuf mois dans un lit. Je crois que c'est arrivé deux fois où j'ai demandé à avoir un peu plus d'informations. Je n'avais pas refusé le patient, j'avais demandé plus d'informations sur la situation sociale.

Ça, les informations sociales, ça peut jouer sur les critères d'admission ?

Ce patient précis tétraplégique grabataire venant d'un pays de l'Est, il y avait de vrais questionnements sur les informations sociales. Est-ce que ça peut jouer ? Oui, un minimum, on peut mettre un frein. Car nous en avons beaucoup de patients venant de l'étranger qui restent des mois et qui ne peuvent pas repartir, qui n'ont pas de logements etc. Donc notre activité est complètement plombée par ce genre de patients, donc on a l'expérience. Donc là j'avais demandé l'intervention de l'assistante sociale. Cette fois-là le patient était allé dans un autre service. Mais très souvent le sénior rappelle deux ou trois fois et ce patient finit dans notre service.

Qu'est-ce que voulez dire par « activité plombée » ?

Activité plombée, c'est-à-dire on aura un patient qui va rester dans un lit, qui n'aura plus besoin de soins et qui ne pourra pas rentrer à la maison, à cause de soins de nursing.

En quoi c'est un problème qu'il reste à l'hôpital ?

Et bien je pense que c'est effectivement la fonction de l'hôpital mais qu'il soit dans notre unité, alors que nous sommes la seule unité de maladies infectieuses où on a des sollicitations quotidiennes pour beaucoup de malades qui ont des pathologies infectieuses avérées où on a vraiment un plus à apporter, c'est vrai que quand on est dans l'attente d'un placement pour quelqu'un pendant deux mois. On fait perdre des chances à d'autres patients. C'est frustrant. Je suis meilleur en infectiologie qu'en gestion d'un patient de long séjour. Mais j'irai, s'il fallait, je suis médecin, si on me demandait de faire une autre activité.

On parlait des unités et de leurs compétences.

Oui effectivement moi je suis un médecin de l'HUS. Je veux faire de la médecine, je fais de la médecine. Mais j'ai au fil des années, j'ai acquis une compétence. C'est vrai que c'est dommage que je doive m'occuper de patients au long séjour. Auquel je n'apporte rien de plus, voir même c'est péjoratif. On est juste dans l'attente, on investit moins, on sera moins vigilant qu'un médecin qui est effectivement un médecin de long séjour qui sait ce qu'il faut faire. Moi j'attends juste. C'est dans ce sens-là. Et en plus ça se ressent sur l'activité du service sur un point de vue financier. Après on nous dit : votre durée moyenne de séjour IPDMS est démesurée. Par rapport aux moyennes des autres services. Et malheureusement, on commence tous à avoir en tête les indicateurs de performance.

Est-ce que vous ressentez une pression de ça ?

Pression non, car nous avons toujours en tête, tous ces patients de l'année qui sont restés des mois et qui ont donc contribué à cette IPDMS non optimale. Mais on a à cœur de bien faire pour les malades et à la fois pour la direction. Il y a quand même une petite pression puisque à chaque bureau de pôle, on nous donne les chiffres. Et on nous dit : votre IPDMS c'est pas bien. Il faut faire mieux. C'est vrai qu'on nous le renvoie en permanence. Et on a à cœur de bien faire. Après c'est une question de caractère de chacun. J'ai du mal à m'asseoir totalement sur ces chiffres. Il y en a qui arrivent parfaitement. Moi je me dis que dans le fond c'est de l'argent public, essayons d'optimiser cet argent public. Et inversement si je m'occupe d'un long séjour au lieu des patients en infectiologie qui est mon activité, ce n'est pas optimal non plus.

Comment prennent les infirmières cette situation des bed bloqueurs ?

Je pense que les infirmières ont un seuil de tolérance important. Quelque part là elles ne disent rien. Sauf au-delà d'une certaine durée où là, elles ont envie de changement. Je pense que pour elles, voir pendant trois mois le même patient, elles n'en peuvent plus. Il y aura forcément des tensions pour des détails du quotidien. Mais dans le fond pendant plusieurs semaines, elles s'en occupent comme les autres patients. On sent bien qu'elles ont besoin de changement qu'il y a de la lassitude.

Est-ce que vous avez une stratégie d'organisation pour diminuer les effets de ce chamboulement des admissions de soins non-programmés ?

Les chamboulements concrètement, c'est d'essayer de diminuer les changements de lit. On va essayer qu'un patient venant en urgence remplace simplement un patient qui part. Le chamboulement c'est quand c'est une admission pas prévue, du coup on perturbe l'organisation de l'infirmière. Au milieu de tout ça il faut qu'elle fasse un départ-admission. Les chamboulements, c'est quand on est obligé de faire des changements de lits. Pour mettre un homme dans une chambre avec des hommes et laisser le lit seul à une femme. Ça c'est une complexité supplémentaire. Surcroît de travail pour tous les paramédicaux. Ça on essaye de limiter. Ou alors si possible on essaye de planifier l'admission pour le lendemain. Ça peut être une urgence relative, on le prend demain. C'est quand même hospitaliser un patient pour un problème infectieux dans les 24 heures. On considère ça comme une urgence. Si jamais le patient se détériore, il n'y aura pas le choix, il faudra qu'il passe par les Urgences.

Que vous avez beaucoup de malades poly-pathologiques ?

Oui, je dirais à peu près 50 %. Enfin ça dépend de la définition de poly-pathologique. Moi je verrai ça avec par exemple un score de Charlson. Et je verrais un score de trois. Genre cardiaque pulmonaire et une troisième comorbidité.

Est-ce que ces malades là, posent plus de problèmes ?

Oui parce qu'il faut gérer les traitements, prévenir les décompensations, ils sont plus à risque de surinfection, de thrombose, c'est plus complexe

Est-ce que vous avez l'impression que les médecins sont plus à l'aise ou moins à l'aise avec ce genre de malade là et dans le sens compétence scientifique, technologique, dans votre unité par rapport à ces maladies poly-pathologiques ?

Alors nous dans l'équipe nous sommes tous internistes on a tous été formés à gérer des patients qui ont plein de trucs. Soit plein de pathologies, soit une problématique diagnostique qui doit nous faire penser à toutes les pathologies possibles. Donc non c'est juste notre formation. Ça ne pose aucun problème.

Cette fonction de médecine poly-pathologique, il y a un débat en médecine interne par

rapport à leur rôle d'aval des Urgences et par rapport à ces malades-là. Quelle est votre opinion vis-à-vis de ça ?

Je suis un peu mal à l'aise pour répondre, parce que j'ai l'impression qu'il y a un peu des guerres de clochers. Je ne sais pas si tout le monde définit la médecine interne de la même façon. Ceux qui considèrent que c'est de la médecine très spécialisée genre auto-immune rare, ceux qui considèrent que c'est de la médecine générale en milieu hospitalier avec de la polypathologie. Moi mon opinion sur le fait qu'il y ait une unité d'interniste en post, un peu comme l'UPU actuellement, ne me choque pas spécialement. Si vous définissez bien les patients que vous y mettez dans cette unité, que vous ne l'embolisez pas... Si vous mettez sur les 12 lits, 12 personnes âgés qui seront là trois semaines en gros ça ne tiendra pas deux jours. L'unité n'aura plus aucun sens. Par contre si vous mettez des patients qui sont susceptibles, parce que pas trop altéré, de sortir dans la semaine, là l'interniste peut avoir un gros rôle. Puisqu'il va penser à gérer le diabète, la tension, les traitements, penser un peu à toutes les pathologies, anticipé le programme, le problème rénal, adapté les traitements. Je pense que oui, l'interniste peut avoir un rôle de super médecin généraliste. Que moi je trouve intéressant. Ce que j'essaye de faire dans le service. J'essaye de ne pas rester que dans la fonction un infectiologue qui prescrit des antibiotiques. Mais un infectiologue qui anticipe toutes les décompensations possibles : cardio, pulmonaire, rénale, digestive, les surinfections les sur- complications hospitalières. Je touche à tous les traitements de tous mes patients.

Ce rôle de super généraliste ou interniste est-ce que c'est valorisé, reconnu au sein de l'hôpital ?

Je ne pense pas. Alors interniste, je dirais que non. À mon avis culturellement, ça s'apparente trop à la médecine générale. Je trouve que le regard sur la médecine générale est dénigré. Le regard qu'on lui porte, est assez dénigré par la communauté hospitalière. Je me pose la question de savoir si ces médecins qui s'occupent de services comme ça, ne sont pas pris comme des petits généralistes, pour gérer de petits trucs. Comparé à d'autres comme la cardiologie. La cardiologie qui est l'essence même de la spécialité, qui peut être extrêmement pointue, extrêmement technique. C'est une belle spécialité, valorisée. Quelqu'un qui fait une spécialité d'organes extrêmement pointues, il a peut-être une petite fierté. Après c'est de la relation humaine.

Comment on pourrait valoriser cette poly-pathologie ? D'un point de vue pragmatique. Il y a un tiers de l'activité du CHU qui est du soin non-programmé et là-dedans, il y a une majorité de poly-pathologiques. Moi je vois aux urgences ce qui pose problème maintenant c'est les malades poly-pathologiques. Et donc on considère qu'un tiers de nos malades, les médecins qui s'en occupent, on considère que c'est une unité qui n'est pas digne ou valorisée. Comment on pourrait revaloriser ça ?

Je me pose la question. Car dans notre spécialité, en infectiologie, nous ne sommes pas tout à fait de la médecine interne générale, mais nous ne sommes pas non plus une médecine d'organes bien définie avec une technicité. Je trouve qu'on est à mi-chemin et j'ai besoin d'une reconnaissance aussi. J'essaye de faire en sorte qu'on fasse des travaux scientifiques, pour montrer à la communauté que nous sommes actifs, qu'on essaye de construire un projet pour l'établissement, qu'on est des leaders, qu'on essaye de proposer des prises en charge. J'essaye pour notre spécialité de montrer l'apport que nous avons pour la prise en charge infectiologique, par rapport à quelqu'un qui ne ferait pas l'infectiologie. Qu'on est là, pour aider mais qu'en plus de ça nous avons des compétences de recherches, capables de faire des publications. Je me dis que, ça pourrait être la même chose. Regardez dans notre unité de médecine nous arrivons à faire ça et nous proposons ça et nous avons un meilleur taux de morbidité de mortalité.... Si je devais m'en occuper c'est comme ça que je l'imaginerais. Monter des projets, exister, m'investir à fond.

Est-ce que ça pose souci à tes équipes de dire qu'on s'occupe de patient poly-pathologique dont personne ne veut ?

Pas spécialement. Un peu d'amour propre

Weber disait il y a quelques années, quand a été construit le NHC. Il y avait des rumeurs qui disaient que son service ne s'occupait que des malades dont personne ne voulait. Les équipes l'avaient très mal vécu et du coup ils ont fait ce que tu disais. Il l'a transformé en qualité, en donnant une valeur, un sens au travail et maintenant ils l'entendent moins et les gens le vivent moins mal. Est-ce que toi, tu as l'impression que les équipes se sentent un peu...

Probablement pour la Med B. J'entends parfois, c'est ce que j'entends des internes. Il ira en

Med B, pour les internes c'est effectivement le service où le patient ira parce que personne n'en veut. Je ne l'entends pas des seniors. Ils ont essayé de faire une filière avec la cardiologie pour de la cardiologie de vieux je trouve ça très bien. C'est d'abord bien pour le patient. Et aussi on peut faire des travaux de recherches, par exemple après 85 ans, l'insuffisance cardiaque. C'est quand même lié aux personnes, c'est le ressenti de chacun, ce n'est personne-dépendant. Moi je ne suis pas universitaire, je suis praticien hospitalier et donc il faut faire sa place par rapport à ses collègues universitaires. J'ai besoin de montrer, oui je ne suis pas universitaire mais ça marche aussi. Mais je suis extrêmement serein, peut-être parce que j'ai montré beaucoup de motivation, mais jamais on m'a retoqué que je n'étais pas universitaire. Faire ses preuves j'en ai besoin car je ne suis pas universitaire et si je devais m'occuper d'une unité un peu autre, je pense que je ferai pareil. Il faudrait que je montre que mon unité est aussi valable qu'une unité de neurochirurgie de renommée internationale.

Est-ce que l'ensemble des services de médecine interne peuvent prendre tous les malades poly-pathologiques de l'hôpital ? Pour parler clairement, à part en médecine interne, il y a un frein pour prendre ces malades là. La peur du social etc. Est-ce que tu le ressens toi ? Les services par exemple de pneumo, gastro, cardio ne sont pas à l'aise avec ces malades là ?

Oui largement, peut-être qu'ils ont plus intégré le besoin d'avoir un niveau d'excellence élevé pour emmener leur spécialité au plus loin. Peut-être qu'ils ont besoin d'avoir une IPDMS parfaite pour avoir droit au nouveau robot qui leur permettra de continuer dans leurs activités de pointe. Et je pense que ces quelques malades bed-bloqueurs, c'est exactement ça. Si jamais ça leur fait perdre des chiffres, leurs performances, est ce qu'on va leur reprocher. Est-ce qu'ils auront le retour d'investissement sur la prise en charge de ces malades. Est-ce que c'est ça qui les freine ?

Alors nous on nous dit qu'en fait ils sont incompétents.

Oui effectivement y a les spécialités mais je pense qu'il y a un peu de mauvaise volonté là-dedans.

Est-ce que tu peux imaginer qu'en fait ne le faisant plus il y a une perte de compétences ?

Je pense que oui, si on ne fait que de la rythmologie. Au moment de prendre par exemple un patient qui fait une infection urinaire, on risque de ne pas faire le choix optimal de la molécule, je pense qu'on perd en compétence quand on est surspécialisé. Inversement je pense que la cardio par exemple, je pense que la cardio doit revenir régulièrement, ou chirurgie ou gastro. C'est toujours le même fonctionnement. Il faudrait de la gastro générale et pas que de l'endoscopie, il faudrait de la cardiologie général et pas que... Il faudrait aussi des services spécialisés avec une vue à 360 degrés

Et là, vous avez l'impression que dans les avis qu'on peut vous demander, clairement il y a eu un problème dans la gestion des poly-pathologies et qu'il y a aussi un problème de compétences ?

Alors moi on m'appelle quand il y a un problème infectiologique.

Est-ce que vous vous rendez compte que parfois ils ont fait n'importe quoi ?

Sur un tiers des patients qu'on prend au service, je ne connais pas la proportion des personnes des patients pour laquelle ça a été n'importe quoi. Ça arrive souvent. Après est-ce que c'est une grosse proportion ? Non mais régulièrement on n'aurait pas fait ce choix thérapeutique, on aurait anticipé d'autres problèmes. Et parfois il y a des boulettes. Après j'ai des chiffres en termes d'antibiothérapie. Spécifiquement il y a 50 % de mésusages des antibiotiques. C'est énorme toute proportion gardée. Mais à la fois, il y a la bactériémie traitée avec du retard, mésusage majeure. Et il y a le patient qui aura huit jours au lieu de sept jours et du coup le mésusage, c'est un jour de trop. Donc on mélange deux choses différentes. Mais si on fait que les mésusages majeurs, on est à 5-8%. Là, c'est spécifiquement pour l'antibiothérapie après le reste.

Est-ce qu'il y a un rôle facteur-formation des internes, des jeunes chefs ? En fait mon sentiment, c'est qu'on forme des sur-spécialistes en tout. Alors que c'est terminé la mono-pathologie. Le spécialiste verra aussi des malades avec d'autres pathologies. Et je me demande si cette formation n'est pas du tout adaptée à la situation actuelle ?

Alors je vais te dire, ça va même plus loin, effectivement déjà ça relève que chacun choisit sa spécialité et rêve d'une activité spécifique. Par exemple si je suis gastro, j'aurais envie de faire

que de l'endoscopie, peut-être qu'on idéalise une activité qui au final ne représentera qu'une proportion faible de toute notre activité globale. Et toute cette formation qu'on va orienter pour cet idéal va nous faire perdre en compétence au fil du temps. Ça c'est le facteur individuel. C'est le genre de personne qui irait plutôt vers des cabinets, quoi que dans les cabinets ils sont quand même obligés de prendre des polyvalents, sinon ils n'auraient pas assez de patients. À l'hôpital il y a aussi le côté, celui qui veut faire de l'universitaire, il va devoir se choisir une niche pour être reconnu dans sa discipline. Et ça je pense que c'est délétère. Par exemple dans notre équipe nous avons un jeune qui est excellent mais qui va devoir trouver un labo de recherche, une thématique de recherche.... Mais ça va devoir être extrêmement pointu. Tous ses travaux, toutes ses publications, toutes ses lectures, tous les patients qu'on lui réfère, seront cette petite niche. Il se trouve que chez nous, il n'aura pas le choix, il va devoir garder une polyvalence. Il aura non seulement une spécialité mais il aura aussi une vision générale donc ça sera excellent. Mais à Paris, ils restent dans leur niche. Et ça ce n'est pas bon pour l'organisation du système. Voire même ce n'est pas forcément pas bon pour les malades. Parce que je pense qu'il faut être capable de penser à peu près à tout quand on prend en charge un patient et pas que à une pathologie précise.

Comment est-ce que tu imaginerai une organisation différente de l'hôpital ?

Organisation qui permettrait d'avoir une activité de mono-pathologie d'hyper spécialistes, mais aussi de répondre à la poly-pathologie ?

La question est rude. Pour moi, il faut une interaction rapide et simple entre collègues. Je trouve que c'est ce qu'il y a de mieux. Tu m'appelles pour voir un patient qui a une fièvre dont tu ne trouves pas l'origine. Je descends, je te donne mon opinion : on le garde, on ne le garde pas. Le problème est réglé rapidement. J'appelle le chirurgien digestif, car j'ai un patient qui a un petit problème au ventre, il vient voir, le problème est réglé. Et bien ça, ça devrait être possible sans aucun frein. Il faut que ça fonctionne bien, que les engrenages soient bien huilés. Et en fait, je trouve que ça n'est pas le cas actuellement, car nous ne sommes pas assez nombreux. Chaque fois, qu'on est appelé c'est une surcharge de travail. Si tu m'appelles pour un malade avec de la fièvre je vais me dire : « oh làlà » comment je vais gérer ton patient, je suis déjà au taquet, je n'ai pas du tout envie de descendre aux Urgences. Tu m'appelles pour me proposer une surcharge d'activité donc je vais réfléchir au moyen de ne pas descendre. Ce n'est pas bien, il faut que je sois capable de descendre sereinement pour prendre 20 minutes avec toi et le patient pour faire une consultation non prévue et ça c'est

possible que si on est un peu plus nombreux et que on ne soit pas sous pression continue. Que sereinement je puisse aller faire la visite au service. Et aussi avoir les 20 minutes pour voir ton patient et je pense qu'on est tous dans cette situation là. S'il y avait des échanges rapides, faciles entre nous tous, si le cardiologue le voit, de même que le pneumologue etc....

Est-ce qu'il faudrait une filière affectée à cela ?

Oui pourquoi pas. Mais là aussi il faut cet échange. Si je me pose une question cardiologique il faut que le cardiologue réponde spontanément. Nous, on a de la chance, on est une spécialité de recours pour à peu près toutes les autres spécialités du CHU. Donc quand j'appelle un cardiologue, instantanément j'ai un retour parce qu'il a toujours besoin de moi. Donc je suis dans une spécialité à l'inverse de la vôtre, on fait tout le temps appel à moi entre 30 et 50 fois par jour. Donc quand j'appelle quelqu'un c'est instantanément qu'il me répond, qu'il soit PH ou PU-PH. Donc c'est confortable ça marche à peu près bien. Si jamais ça traîne un peu, je rappelle et il n'y a jamais de soucis. À l'inverse totale des Urgences. Vous, vous êtes là pour faire chier tout le monde. Vous allez appeler le cardiologue parce qu'il y a une douleur dans la poitrine, vous allez appeler le chirurgien digestif parce qu'il y a une douleur dans l'abdomen ... Vous proposez du boulot à tout le monde et je pense que du coup, il y a du frein partout. Ça doit être rude à gérer. Je me dis que ça ne doit pas être facile à gérer aux Urgences. Et dans des unités comme ça, où il y a des malades poly-pathologiques, gérés par des internistes, peut-être pas assez considérés par leurs collègues. Elle ne devrait pas être l'unité qui demande des examens, des avis etc., dans laquelle on ne veut pas aller et dans laquelle ça n'est pas fluide. Ou alors c'est une unité qui est au cœur du système et tout le monde va chercher les malades parce qu'on sait que c'est dans cette unité là, qu'il y a une mine d'or de patients, pour chercher des patients. Ça devrait être comme ça aux urgences... Parfois je ne sais pas comment vous faites.

C'est-à-dire comment, comment on fait aux Urgences ?

C'est-à-dire, moi quand je faisais des gardes aux Urgences, entre la journée dans mon service où j'appelle et j'ai des échanges serein et rapide avec les autres services. Je n'ai jamais de tension. Jamais, jamais, ou alors ça se règle en deux secondes. Et quand je prenais des gardes, instantanément quand j'avais le retour des collègues quand j'ai appelé pour un patient qui avait ceci ou cela, le retour n'était pas du tout le même. C'était pas du tout le même appel

téléphonique. Jusqu'au moment où il savait qui j'étais, et là, ça déclenchait : tout le système tu veux que je te fasse une écho de suite... Jusqu'au moment où à peu près tout l'hôpital savait que c'était moi qui étais de garde. À partir de ce moment-là ça se fluidifiait totalement. Ça crée du travail. Ça fait chier. Pas parce qu'ils ne veulent pas travailler mais parce qu'on est tous au taquet

Si les gens se rendaient compte qu'on leur rend service ça irait mieux ? Car c'est des malades qu'ils devraient voir de toute façon. On leur fait quand même un tri, on leur donne des malades avec un papier cadeau.

Honnêtement, je suis déçu que nous ne descendions pas plus souvent vous voir. Ça m'arrive régulièrement de descendre. Je descends volontiers pour voir quelqu'un, mais honnêtement chaque fois je me dis comment je vais faire pour prendre ces 10 minutes. Là actuellement c'est mes collègues qui prennent les appels on se voit à 11h30 j'ai une réunion avec l'ARS, j'ai des consultations cet après-midi et j'ai un cours de deux heures et là comment je vais faire pour aller voir une patiente si tu m'appelles pour une fièvre avec un purpura ? Là il faut que je descende je peux apporter quelque chose, est-ce que c'est vraiment un purpura ?

Quel est ton opinion sur le fonctionnement des urgences ici à Strasbourg ?

Un peu frustré de pas pouvoir répondre toujours. Mais honnêtement j'apprécie tout le monde. Ça fait un moment que je ne suis pas pu trop venu, mais d'habitude le mercredi matin je descends aux Urgences pour discuter des situations infectieuses de la veille. Je fais en sorte, qu'il reste un lien entre le service d'infectiologie et les Urgences. Formation, échanges. Parfois j'ai un sentiment de désorganisation, c'est-à-dire j'ai l'impression que plus il y a de boulot plus c'est la fourmilière, c'est le poids, il y a une tension. Et moi je me dis c'est marrant ça devrait être l'inverse : plus il y a de monde plus chacun devrait être dans son rôle. C'est ce que je dis à l'équipe. Nous, on a des périodes d'extrême urgence par exemple maintenant le Coronavirus, c'est à chaque fois l'alerte et la panique à bord et à ce moment-là je dis à tout le monde surtout chacun reste dans sa fonction.... Et parfois aux urgences ça me fait une impression de bazar, de brouhaha et que certaines personnes tournent en rond. Après est-ce qu'on peut faire mieux je n'en sais rien. Ça c'est de la gestion de flux de malades. Je pense que c'est compliqué je n'ai pas d'idée comment faire. Ça doit s'apparenter à une chaîne de montage de bagnole

Oui c'est extrêmement complexe. Il y a des fois effectivement ça peut être complètement désorganisé, mais il y a un équilibre, ce n'est pas un service où il y a une organisation. Et justement c'est des modèles à haut risque, ces interactions permettent un état de vigilance et d'informations. C'est épuisant. Il y a une manière de communiquer les informations mais il faut qu'il y ait ces interactions. C'est différent d'un service où chacun est dans son rôle. Il y a des fois il faut donner l'alerte. Très spécifique aux urgences.

Oui mais peut-être que je devrais aller plus loin en disant qu'il y a des fois ça m'avait frappé, c'est vrai que j'ai plus en tête des médecins non-urgentistes, le soir car ça m'arrive de passer à 22h aux Urgences quand je suis d'astreinte et de voir des médecins à faire la girouette et là, je me dis : comment il peut faire avancer le fonctionnement ? Quand j'ai l'impression qu'il fait du surplace.

Effectivement on les met dans des situations difficiles : deux zones, 20 malades. Quand t'as pas l'habitude et que tu sais pas ce qu'ils ont...

Là, on a rajouté une demi-garde jusqu'à minuit mais, je les plains...

Entretien 12

Vous, quel est votre regard, votre opinion sur les admissions des soins non-programmés, ici aux HUS ?

Alors ça, c'est une question difficile. Des admissions de soins non-programmés, nous en avons beaucoup, c'est un premier constat. Nous en avons directement, parce que nous suivons des cohortes de patients. C'est un fait nouveau par rapport à la pratique médicale que je connaissais avant. Nous avons des cohortes de malades qui sont captives chez nous. Je pense par exemple aux greffés pulmonaires du Grand Est, qui s'il y a un problème, viendront chez nous. En général, ça c'est une admission non-programmée. On a le cohorte de mucos qui pareil, sont suivis ici et quand ils ont un problème, ils viennent directement. On a une cohorte d'hypertension pulmonaire. On a un cohorte de maladies rares pulmonaires. Donc tous ces cohortes différentes, nous sommes référents et nous avons donc déjà toutes les admissions de soins non-programmés pour ça. . Après il y a les admissions de soins non-programmés venant des Urgences qui sont aussi des patients respiratoires. C'est vrai que la pneumologie est encore une discipline où il y a encore beaucoup de besoins d'hospitalisation d'urgence. Par exemple, on s'occupe beaucoup d'insuffisances respiratoires chroniques en période hivernale, en période de grippe, il y a beaucoup de décompensations respiratoires. On est sur une discipline où il y a beaucoup besoin d'hospitalisation en urgence et en non programmée. Bien sûr ça pose un problème d'organisation majeure dans le sens où ça n'est pas toujours bien prévu à l'avance et que par ailleurs, pour toutes ces cohortes de patients, nous avons aussi beaucoup de bilans programmés à l'avance. Le service est plein en permanence. Il y a une interférence entre les hospitalisations d'urgence à placer au milieu des bilans programmés. Bilan programmé, ça ne veut pas dire que le patient vient juste tel jour mais l'infirmière qui s'occupe de ces bilans programmés a déjà passé du temps à organiser l'hospitalisation, prendre des rendez-vous d'examens, des rendez-vous de consultations... donc ça veut dire que si on doit déprogrammer des hospitalisations programmées ce qui arrive régulièrement, ça veut dire qu'une partie de tout le travail fait est gommé. On vit en permanence à cause de ce mode de fonctionnement particulier avec la conjonction entre des besoins importants d'hospitalisation non-programmés et puis aussi beaucoup d'hospitalisations programmées.

Le rapport entre les admissions programmées et les admissions de soins non-programmés ? Vous avez une idée dans votre service ?

Non, J'aurais du mal à vous dire précisément les choses, mais je dirais qu'il y a à vue d'œil, moitié/moitié, enfin plutôt un tiers de non-programmé et deux tiers de programmé. Attention mon service n'est pas tous les services de pneumo. Je ne suis pas le chef de service. J'ai la responsabilité des unités 1401 et 1402 : insuffisance respiratoire, transplantation. L'unité 1403 est une unité de pneumologie de base. Elle prend peut-être plus de patients des Urgences, car ils ont plus un axe pneumologie générale. Et il y a l'unité 1404 qui est une unité de cancérologie. C'est pareil, ils ont les mêmes problématiques que nous avec leurs malades cancéreux qu'il faut programmer. Le 1403 s'occupe également de l'asthme et allergie, mais la semaine et plutôt en ambulatoire. Les asthmatiques hospitalisés, ça arrive aussi, mais le nombre de cas n'est pas le même que pour nous.

Pourquoi est-ce qu'on met dans le même service les patients programmés et les patients non-programmés ? Il n'y a pas d'unité dédiée plus pour le programmé et une plus pour le non-programmé ?

Eh bien, c'est un peu à cause de cette organisation, les personnes qui s'occupent des greffés, reprennent les greffés que ce soit programmé ou pas programmé. Ça nécessite des connaissances particulières, après on s'arrange, mais on essaie quand même en priorité de reprendre les greffés, on les connaît. Si au moment de la greffe le patient a fait un rejet aiguë, s'il revient dans un contexte d'insuffisance respiratoire aiguë un an ou deux ans après on connaît son histoire, on sait qu'il avait fait un rejet aiguë, ça peut de nouveau être un rejet, et pas une infection.

Et dans le cadre des bilans programmés vous n'avez pas d'hôpital de jour ou d'hôpital de semaine ?

Si bien sûr.

Est-ce qu'on peut imaginer réalisable des bilans programmés, soit réalisé dans un hôpital de jour ou de semaine pas en hospitalisation. Comme vous me dites que vous avez des fois été obligé de déprogrammer...

Nous avons besoin de cette organisation pour les bilans, quand on fait un bilan chez un insuffisant respiratoire en vue d'une greffe pulmonaire, il a une insuffisance respiratoire très sévère donc quand il vient de Thionville, vous ne pouvez pas le faire venir trois jours de suite en hôpital de jour, sinon il est mort. Je veux dire qu'ils sont trop sévères pour ça. On en a qui sont trachéotomisés par exemple, donc c'est très difficile de l'organiser en hôpital de jour. C'est bien pour des gens qui habitent à Strasbourg, mais il y a le problème des trajets car nous couvrons une très grande région. Il y a le problème de la sévérité. Il y a le problème de la nécessité d'hospitalisation de nuit parce que nous faisons des examens également nocturnes pour les insuffisants respiratoires. On fait beaucoup de KT droit chez des insuffisants pulmonaires. En principe, on les garde une nuit après, à cause des complications. Pour d'autres services, ils font des biopsies pulmonaires, pour voir les nodules. Il y a des risques de pneumothorax et des gens les plus fragiles, on les garde une nuit.

Et ces gens-là, sont hospitalisés dans la même unité que les gens qui viennent d'admission de soins-non programmés ? Il n'y a pas une unité, sans parler d'hospitalisation de jour ou de semaine, où vous avez ces bilans-là ? Qui permettrait d'avoir une meilleure vision sur les lits disponibles ?

Je ne vois pas en quoi ça nous permettrait d'avoir une meilleure vision. A mon sens, ça compliquerait. À mon avis, ça rigidifierait le problème. Si on ne dit vous ne prenez pas d'admissions programmées alors qu'elles ont un lit. Je pense qu'il vaut mieux rester souple. Nous, on tourne pour les admissions non-programmées, on essaye de les prendre prioritairement dans les unités qui les suivent. Ça fait des économies de pensées, si c'est une équipe qui n'a jamais vu le malade, qui se penche sur le truc, vous faites aussi sortir moins vite. C'est un cercle vicieux. C'est des maladies complexes. L'équipe qui le prend en charge, sait à peu près ce qu'il faut faire, ça paraît plus simple de le mettre là. Maintenant après on s'arrange toujours quand on ne peut pas le prendre chez nous on peut le mettre au 1403 unité générale qui est censée prendre un peu plus les urgences, voir en « chir-tho ». Parce qu'ils sont à proximité, parce qu'ils connaissent la pneumo. Donc pour l'organisation, avoir une unité désignée, il faudrait bien réfléchir à comment l'organiser mais à mon avis ça rigidifierait

le système, et après vous auriez une unité où il y aurait un greffé, et il faudrait demander aux autres médecins de l'autre unité de venir s'en occuper. Je ne suis pas sûr que ça fluidifierait les choses. Je ne sais pas les choses se construisent au fur et à mesure.

C'est ça, ça s'est construit avec des spécialisation des sous spécialités et chacun a développé un peu son activité. C'est un peu global sur l'établissement.

Nous avons par exemple nous, toute la prise en charge des greffes, et en suivi, est en hôpital de jour. On s'est déjà posé des questions sur l'hôpital de jour. On pourrait passer plus de bilans en hôpital de jour vous avez raison. Mais l'hôpital de jour est plein actuellement. Moi, il n'y a pas de problème. Les problèmes que je vois, sont essentiellement organisationnels, il faudrait agrandir l'hôpital de jour en lits mais pas que en lits. Aussi en personnel, en personnel médical et en personnel paramédical. Et je ne suis pas sûr que vous puissiez prendre ce personnel. Car ce qu'on fait en général, c'est qu'on transforme des lits d'hospitalisation classique en hôpital de jour. Je ne suis pas persuadé qu'on en ait un bénéfice après, pour la commodité de la prise en charge des patients qui viennent en urgence.

Ça pourrait améliorer l'organisation de vos services, sans pénaliser les soins programmés ?

Effectivement, actuellement il faudrait réfléchir. On s'est déjà posé la question de transférer une partie de ces bilans. Mais là, on a déjà beaucoup transféré des bilans. Les insuffisances respiratoires les fibroses, l'hypertension pulmonaire, beaucoup sont faits en hôpital de jour et après il y a les contraintes quelques fois, qui fait qu'on est obligé de les garder la nuit. Au départ par exemple, on fait des bilans de greffes, on a un programme de suivi fibroscopique de suivi car le diagnostic de rejet ne se fait que sur des biopsies pulmonaires. Les biopsies pulmonaires, on les fait sous AG et on fait aussi des biopsies périphériques, il y a des risques de pneumothorax. On a vu qu'on a un risque de pneumothorax quasi nul. Donc tous ces bilans fibroscopiques de suivi des greffés sont maintenant fait en hôpital de jour mais parfois les anesthésistes nous disent : il habite trop loin, il n'y a personne avec lui...

Je vois bien le genre de problématique.

Pour l'ambulatoire il y a un certain nombre de critères : s'il n'habite pas à moins d'un certain

nombre de kilomètres d'un hôpital, s'il vit tout seul... L'anesthésiste va nous dire : non, on ne peut pas le faire en ambulatoire. Mais ceci dit, je pense que ce genre de fibroscopies qu'on faisait avant en hospitalisation, maintenant nous les faisons 95 % en ambulatoire en hospitalisation de jour. Donc nous avons déjà fait beaucoup de transfert en hôpital de jour et il faudrait qu'on regarde ce que nous aurions encore comme possibilité de transférer, ce qui libérerait effectivement des lits mais je pense qu'on va être coincé par des considérations du type il faut le surveiller une nuit ce genre de choses.

Si on part là-dedans un des effets, ça ce serait dire que des unités feraient plus de non-programmés que de programmés, est-ce que ça par exemple, vous pensez que ça poserait un souci aux équipes paramédicales ? Le non-programmé est vécu comment dans ces unités-là ? Admissions qui viennent des Urgences ? Est-ce qu'il y a une différence pour les patients qui viennent de ce service qui est suivi par rapport par exemple, un greffé qui a de la fièvre et un patient qui vient des Urgences. Est-ce vécu différemment dans le service ?

Non.

Et par rapport à une activité programmée comment le vivent les équipes ?

Disons que par rapport aux activités programmées, c'est surtout le report des programmations qui pose problème, parce que nous avons déjà dépensé beaucoup d'énergie pour programmer, c'est ce que je vous disais avant ce n'est pas juste d'avoir dit, il vient ce jour-là, il y a tout un truc en amont, c'est la désorganisation que ça entraîne, c'est surtout ça le souci.

De déprogrammer ?

Oui. La désorganisation de la déprogrammation. Ce n'est pas le fait d'admettre un patient des Urgences. À partir du moment, où c'est une prise en charge qui rentre dans nos compétences, il n'y a aucun problème. Je veux dire qu'on fait quand même beaucoup, que ce soit par les Urgences ou directement, on fait quand même beaucoup d'admissions non-programmées. Non, je pense, ni au niveau du personnel médical, ni au niveau du personnel paramédical ne sont un souci. Il y a aussi un autre point, on fait un certain nombre, on prend aussi du non-programmé entre guillemets venant d'autres services comme la réa, beaucoup de transferts de

la réa, Dans la comptabilité qui a été faite, on nous dit que nous ne prenons pas beaucoup de patients des Urgences, comme quoi on n'en prend pas assez, mais par rapport à tous les patients qu'on prend de réa, ce sont des patients non-programmés. On nous dit : prenez. On a une place, on prend. C'est des patients lourds qui sortent de réa. Ceux-là ne sont pas toujours comptabilisés dans les non-programmés, alors que ce sont des non-programmés.

Ça, ce n'est pas comptabilisé dans votre besoin journalier en lits ?

Je crois.

C'est bien possible, quelqu'un m'a déjà dit ça. On vous dit alors que vous ne prenez pas assez de malades, qui vous dit ça ?

L'administration, enfin on ne nous dit peut-être pas : vous n'en prenez pas assez, mais on nous dit : vous devez en prendre tant.

C'est le pour le besoin journalier en lits ? Et vous avez l'impression que vous arrivez à tenir ce besoin journalier en lits ?

Je ne sais pas, c'est difficile. C'est clairement c'est difficile à certaines périodes, parce que la charge, on a une grosse pression, on a une très grosse pression des urgences, de la ville, de nos cohortes, on a l'impression de perdre beaucoup de temps à faire un lit.

C'est-à-dire : prendre beaucoup de temps pour un lit ?

Ce n'est pas juste dire, je téléphone derrière oui il y a un lit, le patient peut venir ce qui prendrait 30 secondes. Le problème de nos patients, c'est qu'on ne sait pas les placer ailleurs. Un patient greffé qui fait une insuffisance respiratoire aiguë, je ne sais pas où le mettre ailleurs que chez nous. Donc il va à tout prix falloir que je trouve un lit. Alors quand c'est le matin on regarde comment va être géré les lits dans la journée, on a encore une petite influence sur ce qui peut se passer, mais du coup en général, on part le matin, tout est déjà occupé donc ça veut dire essayer de voir si un patient qui doit venir l'après-midi on peut le reporter à demain en essayant de ne pas trop modifier ce qui a été programmé. S'il n'a qu'un ECG à faire l'après-midi, on peut peut être le reporter à demain. Voyez ce genre de choses.

L'infirmière qui s'occupe de la programmation des hospitalisations peut me dire qu'il n'y a plus de personnel pour faire les EFR, que j'ai des infirmières en congé, trois en arrêt maladie, je peux pas reporter, alors on va la faire quand... Vous voyez c'est ce genre de complications du coup on perd beaucoup, beaucoup de temps juste pour trouver un lit. Et ça c'est un peu rageant.

Vous perdez du temps parce que les malades programmés et non-programmés se télescopent ?

Oui c'est ça. La déprogrammation est assez mal vécue de notre côté, parce que nous avons déjà investi un certain temps. Et il faut également téléphoner au patient pour lui dire : ce n'est pas aujourd'hui, c'est demain ou dans trois jours on vous rappelle. Des fois on oublie et il vient quand même et du coup vous êtes dans la merde. Ce n'est pas très fréquent nous avons quand même un personnel infirmier coordinateur qui est chargé de ça, c'est des anciennes, elles savent bien, elles connaissent les problèmes. Il y a aussi des hospitalisations programmées qui sont, je ne dirais pas des urgences mais des situations psychologiques stressantes pour le patient. On lui dit qu'il a un nodule, on lui dit qu'il vient lundi piquer le nodule pour avoir les résultats mercredi, il s'imagine bien que c'est un cancer qu'on suspecte, si on lui dit que ce n'est pas cette semaine et que c'est reporté à la semaine suivante c'est psychologiquement plus compliqué, difficile...

Comment on pourrait faire pour améliorer à votre avis ? Pour avoir plus cette marge de manœuvre ?

À un moment donné il n'y a pas beaucoup de solutions à part augmenter le personnel et les lits. Je ne vois pas trop de solutions.

Est-ce que vous avez déjà essayé d'augmenter les lits ?

Non. On est déjà un gros service, on a un très gros service. Ceci dit, on est un peu particulier par rapport à d'autres CHU. Nous n'avons qu'un seul service de pneumo qui s'occupe de tout. On pourrait avoir un service de cancérologie, un service plus général, puis un service d'insuffisance respiratoire. Je ne sais pas si ça changerait finalement la perception des choses et ça permettrait d'envisager un meilleur fonctionnement. On a envisagé d'augmenter le

nombre de lits de soins continus parce que c'est vrai que les malades qu'on prend, notamment des Urgences, ont beaucoup d'insuffisances respiratoires graves qui posent une charge importante pour un service conventionnel, ce serait plus adapté pour un service de soins continus et que les réa ne prennent pas pour des raisons de disponibilité. Mais ça n'est pas envisagé dans l'immédiat. Parce que des lits, à la limite on pourrait discuter de transformer certains lits de conventionnel dans ce service de soins continus pour améliorer la prise en charge de ces patients graves. Mais il y a deux problèmes chez nous, (je ne pense pas que l'administration serait opposée à ça,) mais les deux problèmes : le plus grand des problèmes, c'est le personnel. Trouver des gens qui veulent bien le faire. Ça ce n'est pas forcément le plus simple à faire et puis la deuxième chose c'est les locaux. Parce qu'on est configuré ici d'une certaine manière et pour le moment la seule chose qui avait été envisagée en réfléchissant sur les locaux c'est de faire l'unité de soins continus dans un secteur et une unité de soins dans un autre secteur. Mais je pense que d'un point de vue économique ça ne me paraît pas être une bonne solution.

Pour quelle raison ?

Parce que pour 8 lits de soins continus j'ai besoin de deux internes, s'il y en a un qui est en récup. Donc augmenter une unité à 10 lits, je peux encore tourner avec deux internes, ce n'est pas un problème mais si vous avez deux unités de 8 lits, il faut deux internes à chaque unité et deux seniors et deux seniors.

Et, c'est ça le frein à l'ouverture des lits, c'est le problème du recrutement vous pensez ?

Il faut trouver des gens ayant la volonté de le faire... On a déjà posé la question au senior que j'ai, personne ne veut prendre en charge une unité de soins continus : trop lourd.

Qui est-ce qui gère les soins continus actuellement ?

C'est un chef de clinique avec un senior et avec moi. Et c'est trop lourd, ils ne veulent pas parce que c'est trop lourd.

Ça veut dire quoi trop lourd ? C'est la complexité des cas ?

Non ce n'est pas la complexité des cas, c'est la lourdeur, c'est d'être présent en permanence. Disons que les praticiens actuellement, ils font des consultations, ils font de la fibroscopie, ils font du KT droit, ils font différents actes. Quand vous êtes aux soins continus, il faut passer tous les jours. Ça veut dire que si mardi matin vous êtes en fibro, il faut aller avant voir ce qu'il se passe dans le service et pendant que vous faites votre fibroscopie, l'intérêt peut vous appeler, parce qu'il y a un problème avec un malade. C'est lourd, je peux comprendre quand on est jeune ça va, mais qu'après un certain temps, c'est lourd. En plus il y a le problème du diplôme.

Il faut une capacité en soins continus ou en réa ?

Oui ça, j'espère que ça va se faire et ça va progresser, parce qu'on a un interne, qui fait un DESC de réa med qui va venir comme chef de clinique et qui prendra les soins continus en relais de celle, qu'il y a actuellement. Et derrière j'espère qu'on pourra lui trouver un poste de PH. Il aura d'abord la valence réa med et lui il est intéressé par développer ça. Je pense qu'à ce moment-là, on pourra peut-être voir pour développer. Mais je ne veux pas mettre la charrue avant les bœufs et d'ouvrir les lits avec personne pour s'en occuper.

Est-ce que vous avez des soucis de recrutement médical ?

Oui on a beaucoup de difficulté à recruter des internes.

Pour quelle raison ?

Je ne sais pas. D'organisation au niveau de l'ARS déjà. Parce que les nouvelles réglementations ont fait, qu'on laisse je ne sais pas combien de pourcentage de postes libres et ça se répercute toujours chez nous bizarrement. C'est-à-dire qu'à la fin, il reste des postes libres et ils sont chez nous, personne ne les prend.

Et c'est lié à quoi ? Pourquoi vous n'êtes pas choisis ?

Ça, c'est clair il y a trop de travail, c'est clair trop de travail. Ça se voit bien, parce que c'est surtout l'été que se pose le problème. En été, on a un gros problème de recrutements parce

que l'été il y a les congés et les internes sont encore moins nombreux. Ça veut dire se remplacer les uns les autres, ça veut dire qu'on a des internes qui font des gardes chez nous, ils font des gardes ici, ils font des gardes aux Urgences. Enfin de moins en moins aux Urgences, ils ont été un peu délestés pour avoir un quota comparable aux autres. Par rapport aux autres, mais il y a quand même une charge de travail importante. Dans les recrutements en chefs, ça va à peu près. On a aussi recruté des assistants spécialistes pour augmenter le nombre, mais nous n'avons pas le plein de ce que on voudrait avoir.

Et c'est lié à quoi, que vous n'arriviez pas à faire le plein ?

Je pense la charge. Là, nous en avons un qui est parti. Les internes c'est pareil il y a des fonctionnements compliqués par endroits. Il y a des secteurs très difficiles pour les internes, la cancéro par exemple. Difficile psychologiquement c'est aussi un peu le travers du concentré de l'activité unique des cancers. C'est pareil l'hospitalisation, autrefois, on avait beaucoup de lits, on pouvait hospitaliser facilement y compris pour faire des chimiothérapies, alors que cette hospitalisation n'était peut-être pas forcément absolument nécessaire. Maintenant dans les lits, il n'y a plus que des malades lourds. C'est-à-dire les fins de vie, les malades qui ont des complications, ça c'est quand même très difficile pour les internes. Globalement c'est difficile pour tout le monde mais quand vous êtes jeune interne, que vous arrivez et qu'on vous place dans des secteurs comme ça, vous prenez dans la figure toute cette charge émotionnelle importante.

Et les stratégies pour recruter du coup des médecins pas les internes, mais des médecins, des PH ou des assistants.... J'imagine que c'est plus cool dans le privé ?

Vous êtes installé en ville c'est plus simple il n'y a pas photo. Pas de gardes, pas d'astreintes. Les urgences, on les envoie à l'hôpital.

Comment vous faites pour être attractif alors ?

C'est très difficile d'être plus attractif. Ça dépend pas de nous, ça ne dépend pas complètement de nous, ça dépend de beaucoup d'autres choses.

De quoi par exemple ?

Ça dépend de conditions financières, de conditions sur le travail, sur le plan des gardes et des astreintes. On a un PH qui fait de l'hypertension pulmonaire depuis très longtemps et là maintenant il a décidé de partir à mi-temps PH dans le privé, PH chez nous. C'est pareil, les mi-temps à l'hôpital, ils ne peuvent pas avoir trop de charges de service. Or c'est quand même ce qu'il nous pèse le plus. Alors que les consultations les KT... c'est plus tranquille. Et ils n'ont pas cette charge d'organisation, des organisations. Ce matin à la réunion on a juste essayé de trouver des gens pour combler les brèches, remplir les plannings. Il y a des vacances, il y a des internes qui sont en congé, il y a des formations, donc nous avons cinq semaines où il faut faire des arrangements. On prend l'interne de l'hôpital de jour, qu'on met dans le service, mais lui ça fait quatre fois qu'on lui a déjà demandé de monter dans le service. Il aimerait bien rester aussi un peu en bas. Après, nous avons une assistante spécialiste que nous avons recruté depuis quelques mois et qui n'arrive pas à décoller. Qu'on a un peu protégé jusqu'à présent pour qu'elle puisse prendre le pouls et se connecter avec le reste de l'équipe, mais elle n'arrive pas à monter en charge. C'est comme ça hein... À l'hôpital de jour, j'ai une infirmière coordinatrice pour la greffe, elle voit avec les patients, avec la ville, coordonner le tout. Certains jours, j'arrive, je n'ai ni l'infirmière ni l'interne, je fais quoi ?! C'est toujours un peu fait de ça, c'est un peu ça le problème.

Est-ce que vous avez l'impression que vos activités non-programmées pénalisent ce recrutement ?

Non je ne pense pas, je ne pense pas que ce soit l'activité non-programmée qui fasse ça. Je pense que c'est plutôt le manque de moyens je dirais. Ce n'est pas non plus l'organisation, car nous avons déjà cherché beaucoup beaucoup dans l'organisation, alors je ne dis pas qu'on ne peut pas améliorer les choses.

Mais vous n'arrivez pas à recruter de médecins ?

Voilà. Enfin nous n'arrivons pas à recruter suffisamment.

Vous ne pensez pas que c'est à cause des soins non-programmés que vous n'arrivez pas à recruter ?

Non je ne pense pas.

C'est propre à la pathologie en fait, à la discipline ?

C'est propre au manque global de personnel. Notre PH fait beaucoup d'hypertensions pulmonaires et il aime ça. Il fait beaucoup de soins programmés mais aussi beaucoup de soins non-programmés et des urgences. Il se retrouve à tenir le registre des centres de compétences pour l'hypertension pulmonaire. Il faut qu'il s'occupe du registre local pour alimenter le registre national on n'a pas de personnel pour, on n'a pas de secrétaire....

Vous avez reçu zéro financement ?

Centre de compétences : zéro financement, sauf la muco. La muco c'est un peu particulier, c'est un centre de ressources et de compétences pour la muco. La muco a une ligue, c'est les centres de références qui ont un financement, mais les centres de compétences n'en ont pas et ça génère quand même de l'activité, des demandes supplémentaires comme la tenue d'un registre. Le problème aussi, c'est qu'il y a non seulement les admissions non-programmées, mais il y a beaucoup de coup de fil avant. Du style le pharmacien est en rupture de stock de je ne sais quels médicaments d'hypertension pulmonaire spécifique, c'est un généraliste qui ne prescrit pas et là on passe au médecin référent. Tel malade a une infection de cathéter, on fait pas mal d'hypertenseurs sur des KT central, il y a une infection donc il faut vite le rapatrier. C'est des choses dont on a l'habitude, les infirmières savent faire mais c'est aussi du soin non-programmé et avant on avait peut-être commencé déjà une antibiothérapie à la maison la veille, on le prend le lendemain parce qu'on avait pas de lits. Il y a aussi beaucoup de gestion en coups de fil.

C'est ça qui est chronophage peut-être ?

Ça c'est très chronophage. C'est ça qui est épuisant, parce que ça vous dérange tout le temps. Vous êtes en consultation, en train de voir des patients, on vous appelle au téléphone : y a un

tel qui a besoin d'une ordonnance... Et qui peut le faire à part le médecin référent qui connaît le patient ? Vous n'allez pas demander à l'interne. On a 2 internes de garde pendant la journée mais ils ne savent pas faire et ils vont forcément référer aux chefs responsables et heureusement d'ailleurs.

C'est propre à cette activité hyper-spécialisée quand même ?

Oui bien sûr.

Concernant le paramédical, est-ce que vous avez des problèmes de recrutement ? Est-ce qu'il y a beaucoup de turnover ?

Oui on a beaucoup de problèmes. Il faudrait voir avec la cadre, mais je crois qu'il y a cinq postes non pourvus vacants.

Et vous pensez que ça vient de quoi ? Je cherche votre point de vue pas forcément la réalité.

Oui, je pense aussi que c'est la charge de travail importante. Je pense pour les infirmières c'est assez clair comme il y a beaucoup d'absentéisme, elles n'arrivent pas à avoir une vie... Leur problème ce n'est pas l'admission des soins non-programmés, mais c'est le rappel non programmé. On a besoin d'une infirmière, on rappelle les infirmières, la cadre rappelle l'après-midi ça en permanence. Je ne sais pas comment on peut organiser sa vie avec les tableaux de présence qui changent sans cesse, c'est assez épouvantable. C'est ça qui à mon avis...

Que pensez-vous de la charge des soins ?

Eh bien, la charge des soins si elle est normalement faite non, mais si le matin il faut deux infirmières et une aide-soignante et qu'il manque une infirmière, on met une infirmière et deux aides-soignantes. Voilà c'est ça, c'est ça en permanence, ce n'est pas une fois de temps en temps c'est tous les jours. Ce n'est pas la technicité des malades, ou la difficulté de la prise en charge les infirmières. Quand elles sont là depuis un moment elles connaissent très bien le travail, les procédures, elles sont en général plutôt compétentes et formées. De ce point de

vue-là, je ne pense pas qu'il y ait de réels problèmes. Nous avons quelques postes un peu plus stables comme par exemple une infirmière coordinatrice « muco », et une en greffe. Elles ont beaucoup de boulot. Elles prennent tous les coups de fil, elles préparent tout, elles savent tout faire, elles passent les coups de fil des patients. Pour nous c'est inestimable. Ces infirmières là, ne font pas de gardes, ne font pas de nuits, ne font pas de week-ends. Elles sont plus stables et pourtant elles ont une charge importante et elles ont une spécificité importante, mais elles peuvent organiser leur vie quand même d'une manière plus stable, plus raisonnée.

Je reviens sur le médical par rapport aux autres services de l'hôpital, est-ce que vous pensez que vous avez une spécificité par rapport à ce problème de recrutement, de pénibilité ?

J'ai l'impression que c'est un peu pareil partout. J'ai l'impression qu'on a un peu les mêmes problèmes partout. C'est surtout une surcharge de travail qui a augmenté. Et aussi peut-être une spécificité qui a augmenté dans tous les services, chacun a des cohortes de patients ultraspécialisés. Ma femme est en endocrino et fait du diabète. Quand elle est d'astreinte, elle a des appels pour régler des pompes.

Les patients ont changé aussi.

Clairement ! Je suis d'accord aussi.

Il y a une multiplication de pathologies. Avant, on avait une maladie et maintenant 15 ans après, ça a bien changé. Ils ont plusieurs pathologies en même temps. Et vous ces malades là, vous êtes à l'aise avec ça dans le service ?

Oui car dans la plupart des cas de figure s'est développée une compétence scientifique. Par exemple, en BPCO on a plein de formations sur les comorbides : ostéoporose, diabète... On est assez au courant, on est assez à l'aise. Après on a aussi des filières qui fonctionnent bien pour ces malades, pour avoir des avis extérieurs.

Est-ce que vous avez l'impression que les infirmières et les médecins vivent différemment les admissions des urgences par rapport à un malade connu d'une filière ?

Non c'est pareil.

Je vais mettre les pieds dans le plat, vous savez qu'aux Urgences, on a beaucoup de mal à hospitaliser en pneumo, c'est l'impression que ça donne. Vous pensez que c'est lié à quoi ça ?

Les lits sont pleins c'est tout.

On ne pourrait pas imaginer une solution ? Est-ce qu'on pourrait imaginer quelque chose pour améliorer ?

Encore une fois, je ne vois pas. Parce que qui vous prend beaucoup de monde aux Urgences c'est les gros services de médecine interne ?

Oui principalement en dehors de la chirurgie. La chirurgie a une gestion centralisée des lits. Ils s'échangent très facilement les malades.

Un patient qui se fait opérer en chirurgie thoracique, par définition il est opérable, donc il est dans une condition physique qui n'est pas celle des malades de médecine, qui sont comorbides et avec plusieurs pathologies. Ça n'est pas le même niveau de complexité donc effectivement là pourquoi pas échanger.

Je ne dis pas que c'est la solution.

Je pense qu'en chirurgie, ça me semble plus facile à gérer. Parce qu'en pneumo soit on renonce à certaines activités mais lesquelles ? Je ne sais pas trop. On pourrait renoncer à certaines activités qu'on fait en programmation ou alors sur certaines périodes, et ça alors on ne fait pas du tout. Mais c'est difficile.

Oui, mais on en fait quoi de ces malades que vous aviez renoncé de programmer ? Ça pourrait être quelle activité à laquelle vous renonceriez ?

Je ne sais pas.....

La « polysomnographie » mais c'est pas ce qui prend le plus de temps.

Non ça prend une nuit.

Ça prend une nuit dans des services d'hospitalisation traditionnelle ?

Très peu.

Et une unité désignée « la polysomnographie » j'imagine ?

On a un lit !

Comme à Cahors.

On a développé la polysomnographie à domicile. On a 5 polysomnographes qui tournent à domicile. Et on a un lit de polysomnographie parce que c'est, avec le sommeil un peu plus compliqué. C'est plus difficile à faire à la maison peut-être qu'on pourrait effectivement faire cette activité aussi à la domicile. Pour gagner ce lit qui de toute façon ne tourne pas le week-end. Celui de polysomnographie c'est le lit où on a le plus de difficultés parce que ce lit n'est pas occupé la nuit de samedi à dimanche et la nuit de dimanche à lundi parce qu'il faut s'occuper des appareillages mais souvent il est occupé le week-end par des patients qui viennent des Urgences, donc quand lundi arrive, le lit est occupé alors qu'on avait prévu des tests de polysomnographie et donc il faut trouver une solution bon souvent on fait un sortant. Je peux vous dire le nombre de polysomnographie qu'on a annulé ou reporté... infirmière dit qu'il y a certains patients qui ont été reporté plusieurs fois et qui vont voir ailleurs.

Quelles autres activités, imagineriez-vous transférables ?

Je pense qu'on aurait peut-être un peu de marge sur l'hypertension pulmonaire. On pourrait peut-être faire les bilans en hôpital de jour, mais je ne suis pas sûr que ça gagne beaucoup. Parce que souvent l'hospitalisation pour ces hypertensions pulmonaires, en 24 heures on a plusieurs examens complémentaires et ce n'est qu'une seule nuit alors que quand on prend un malade des Urgences en général il est là pour plusieurs nuits.

Et des fois même pour plusieurs semaines.

Oui !

Alors à Toulouse, c'était pareil quand j'étais interne aux Urgences de Toulouse, je crois que je n'ai jamais hospitalisé un malade en pneumologie. Alors qu'ils ont un énorme maillage de cliniques. Je ne pense pas qu'ils faisaient du racisme anti-Urgences ça n'a rien à voir. Je pense qu'ils prenaient beaucoup de patients directement. Je pense quand même que c'est une constance dans les différents hôpitaux, Bordeaux pareil j'ai des amis qui travaillent sur la filière du pneumothorax. C'est étonnant. Pourquoi ?

Le pneumothorax pour moi c'est un vrai sujet. Je suis responsable de l'enseignement, c'est un de nos sujets de programmes et on aimerait bien former nos internes sur le pneumothorax mais ils ne viennent pas trop dans le service de pneumo.

C'est vrai qu'on appelle le chir-thoracique.

Oui, mais alors les internes de pneumo comment ils se forment ?

C'est vous qui êtes le référent de l'enseignement ici ? Car je vais coordonner pour la SFMU, la RFE sur le pneumothorax. Vous avez dû en entendre parler à la SPLF qui a initié une RFE sur le pneumothorax avec la société de réanimation, les anesthésistes et la société de la chir tho et la SFMU donc, pour que tout le monde soit là. Je suis coordinateur d'experts.

Vous avez vu le papier qui est sorti...

Oui je l'ai vu, je pense que c'est vraiment pour de l'ambulatoire.

Et bien il n'y a même plus de traitement c'est juste une surveillance.

Oui mais ce n'est qu'une étude, je ne suis pas sûr qu'on puisse généraliser ?

C'est vrai qu'il faut être sûr qu'il soit idiopathique.

Qui osera faire avec des volumes d'un tiers et le laisser repartir...

Vous savez qu'autrefois, on faisait des pneumothorax pour la tuberculose, on avait moins de crainte... Disons que là, c'est le vrai souci du lien avec la médecine ambulatoire, est-ce qu'on a suffisamment, je vois aussi un des soucis que je vois : c'est que nos patients pour nous joindre ont un mal fou. Parce qu'il y a des barrières. Bon les greffés, ils ont tous mon numéro de téléphone portable. Bon ça quand je partirai, personne ne reprendra ça, je ne sais pas comment on va faire.

Les jeunes générations ne voudront pas ?

Non, je ne sais pas comment je vais faire, car moi je le fais bénévolement. Il faudra peut-être penser à faire un système de garde, d'astreinte plutôt.

Pardon je reviens sur ça, mais pourquoi pourquoi les jeunes ne font pas ça ?

Moi quand j'ai commencé il y avait trois greffés. Je n'allais pas demander à l'administration des lignes d'astreintes pour trois greffés.

Vous étiez investis.

Oui j'étais très investi. On voulait développer ça à l'époque. On a ramé pendant des années. Moi à cette époque, j'étais chef de clinique, entre 1990 et 2010. On a ramé 20 ans, avant que ça ne démarre réellement. Après ça a pris de l'ampleur, maintenant je ne sais pas comment faire pour prendre le truc. Il faudra effectivement réfléchir à une astreinte, on a déjà une astreinte de pneumo ou organiser mieux l'astreinte de pneumo. J'ai ma collègue de cancéro qui vient, elle vient du CNU de cancéro, je n'ai pas réussi à former une pneumologue. Madame Quoi qui est parti à la retraite. Tu l'as peut-être connue ?

Oui je l'ai connu j'étais externe à Laennec....

Donc Madame Quoi a essayé de former. Elle a réussi quelques chefs de clinique peut-être un M1, M2 et après tout le monde a craqué en voyant la charge de travail des PU-PH du service, personne ne voulait prendre la suite, on a dû recruter, c'était très compliqué. Notre collègue elle vient donc du CNU de cancéro et elle n'est pas pneumologue. Donc par exemple, elle ne fait pas de fibroscopies c'est donc compliqué de faire des astreintes avec... Et ça va être compliqué de lui dire que pendant son astreinte, elle répond au téléphone pour des greffés.

C'est un problème de recrutement global. Et resté attractif pour l'hôpital publique.

Oui c'est un vrai problème.

Est-ce que vous avez une pression pour la DMS, T2A, facturation... ?

Non, comme personne ne sait comment c'est calculé. Chez nous elle change on ne sait pas pourquoi. On s'est déjà dit on ne va plus regarder.

Est-ce que vous avez l'impression d'avoir une pression de la direction ? Est-ce qu'ils viennent vous voir régulièrement ?

On nous met au courant des différents chiffres d'activité, des chiffres budgétaires mais je n'ai pas l'impression qu'ils maintiennent une grosse pression. Moi je ne le ressens pas comme ça. Le pôle est bénéficiaire depuis très longtemps du coup on ne met pas trop la pression, en tout cas les gens qui s'occupent du budget n'ont pas tellement de raison de nous mettre la pression. La seule chose que je vois c'est qu'on doit être bénéficiaire. Comme on est déficitaire en infirmières, les postes sont vacants et qu'on est aussi déficitaire en personnel médical. J'explique plutôt le bénéfice par le fait que nous sommes déficitaires en personnel, ce qui coûte le plus cher.

Globalement sur l'hôpital, est-ce que vous verriez pour revenir sur la filière de l'admission des soins non-programmés via les Urgences ou dans les 24 heures, c'est à peu près le même type de malades, est-ce que vous imagineriez une organisation différente ? Une relation moins problématique, car on sent qu'il y a un problème, le besoin journalier en lits, les gens qui attendent aux Urgences, du coup des gens qu'on

renvoie à domicile un peu limite... Est-ce que vous imagineriez à l'échelle de l'hôpital une solution ?

Je me demande parfois si toutes les hospitalisations qui passent par les Urgences sont forcément nécessaires.

Les gens qui passent par les Urgences et qu'on hospitalise ?

Oui. Alors, une fois qu'il est hospitalisé, on va pas de suite le soir le ramener à la maison mais je vois, sur certaines filières, on est en train de réfléchir avec Pascal avec le docteur André en médecine interne pour la filière BPCO, il y a certaines filières qui représentent beaucoup de patients, les médecins de médecine interne prennent beaucoup de BPCO je pense.

Oui c'est vrai.

Alors moi je vois un certain nombre de BPCO on élabore quand même à l'avance des plans d'actions en cas d'exacerbation, on a fait une publi' avec air liquide est-ce qu'on arrive à prévenir des hospitalisations. Après il faudrait peut-être que nous aussi on s'investisse un peu mais je ne vois pas trop comment. Mais qu'on puisse par exemple, si c'est nos patients à nous c'est s'investir plus dans la gestion des Urgences proprement dites. Par exemple, si un patient vient pour exacerbation, si j'allais le voir, (je n'ai pas le temps je ne peux pas vous dire que je le ferai,) mais est-ce que ça ne simplifierait pas que nous on passe aux Urgences et on dit voilà je connais bien ce patient ; sa décompensation ne me semble pas trop problématique, on peut essayer un traitement à domicile.

Vous pensez qu'il y a, vous avez des données chiffrées sur ces admissions qu'on pourrait éviter ?

Non, mais on pourrait peut-être regarder. Tous les matins on fait une réunion et puis on regarde toutes les admissions qui ont été faites, on pourrait peut-être regarder sur un temps donné, est-ce qu'il y a des admissions évitables ?

Oui c'est une vraie question.

J'ai vu rentrer une pneumonie l'autre jour, il n'y avait pas de scores. Donc sur des choses comme ça ou sur des spécificités qu'on connaît bien on pourrait mieux interagir. Alors je ne sais pas comment. On voit peu de patients en fait, il y a une époque où les internes de garde voyaient des patients en consult. Est-ce qu'il venait des Urgences ou est-ce qu'il venait directement ? je ne sais pas mais je pense maintenant que l'interne de garde passe sa vie au téléphone. Maintenant il gère des fiches

C'est terrible. On envoie des fiches, des fois il rentre, il s'améliore il rentre à la maison ou il va dans un autre service et il a des liasses de fiches qui ne sont plus à jour.

On ne sait même plus si elles sont à jour ou pas.

Et ils y passent du temps les pauvres c'est vraiment...

J'ai travaillé avec un interne de garde là, il passe sa vie au téléphone. Dans les facteurs de pénibilité dans le recrutement des internes c'est majeur.

Moi je me suis déjà posé la question de le refiler aux seniors. En endocrinologie le téléphone est seniorisé.

Il faudrait exiger que les appels soient seniorisés.

Moi j'ai déjà repris le téléphone, parce que je vois l'interne qui parle, qui discute, qui discute et je prends le téléphone pour voir qu'est-ce qui se passe....

C'était un médecin ou un interne au bout du fil ?

Non c'était un interne. C'est vrai que si on se dit que : si ça passait par le senior ça irait plus vite. Par exemple je suis occupé, je vais voir mes greffés en hôpital de jour il y en a quelques-uns qui arrivent en programmation mais qui ont un problème. Il y a un problème j'essaie de résoudre le problème aiguë en hôpital de jour pour pas l'hospitaliser, s'il a mal au bide, les « muco » par exemple, font souvent des problèmes de cholécystites je demande vite une écho pour vérifier. L'interne est alors au téléphone pendant une demi-heure, ils essayent de

négocier. Après il parle à l'interne de radio qui discute, qui lui passe son chef. Je prends le téléphone j'ai juste besoin d'une échographie car on suspecte une cholécystite aiguë, ça suffit maintenant. Dites-moi quand vous pouvez la faire ou pas la faire. C'est un problème de formation.

Je pense que c'est un problème de séniorisation, mais dans ce cas-là, il faut aussi que ce soit nous les médecins aux Urgences qui appelions.

En endocrinologie, ce sont les seniors qui régulent. Des fois ça déborde, parce qu'il y a aussi tous les appels de la ville, les médecins de ville quand il y a une TSH augmentée, tout de suite c'est de l'urgence. Des fois, il y a des coups de fil pour des consultations, ça devrait passer par la secrétaire.

Votre opinion par rapport aux Urgences. Comment qualifieriez-vous vos liens avec les Urgences ? Votre opinion sur le fonctionnement des Urgences ?

Je suis presque devenu admiratif du fonctionnement des Urgences. Parce que c'est devenu d'une telle complexité et une telle charge pour trouver des lits. Je n'ai donc pas d'opinion particulière sur le fonctionnement des Urgences. La seule chose que je dirais, c'est peut-être qu'on n'a pas assez de liens, du style : je vois passer un « muco » aux Urgences et aux Urgences on ne sait pas qu'il a un CRCM par exemple, où on peut appeler, on peut passer le malade. Pas assez de liens non plus dans le sens où quand on a un greffé qu'il n'y a plus de lits, on le fait passer par les Urgences. Du coup, les Urgences vont appeler l'interne et dire c'est quoi ça, c'est ton malade pourquoi il est aux Urgences. Il y a parfois certains frottements. Les Urgences ne sont pas. On a l'impression que les Urgences ne sont pas au courant du fonctionnement de l'hôpital, des services de l'hôpital.

Et je dirais que les Urgences ressentent la même chose. On a l'impression que l'hôpital ne nous comprend pas. En fait, on ne se connaît pas.

C'est ce que je dis, il y a une méconnaissance des structures de l'hôpital aux Urgences et de nous, du fonctionnement des Urgences. Avec toute la charge qui passe par les Urgences, c'est clair que c'est compliqué.

Vous pensez que votre équipe c'est le même sentiment, ils sont peut-être des fois agacés par les coups de fil incessants, ou les demandes, ou la pression qu'on peut mettre pour hospitaliser les malades ?

Je pense qu'effectivement sur le moment ça crée des tensions mais je pense que de façon générale je n'ai pas l'impression qu'il y a un avis très négatif sur les Urgences. Je crois que les tensions naissent sur le vif. Globalement, je ne pense pas qu'il y ait des grandes tensions.

Cela a bien changé la vision qu'on a des Urgences ou vous en avez l'impression que ça a toujours été comme ça à Strasbourg ?

Il y a toujours eu des tensions.

Il y a 15 ans je trouve que ce n'était pas pareil au niveau, c'était moins bien vu, on n'y mettait des médecins dont on ne savait pas quoi faire, c'était souvent des généralistes...

Oui c'est vrai c'était moins professionnel et on sentait souvent le manque de professionnalisme des Urgences. Ça c'est vrai.

On le voit bien avec les formations qu'il y a eu aux Urgences. Maintenant c'est le début de la spécialité... Je vois entre moi ma formation qui était vraiment minable où on se formait soi-même et celle qui est maintenant, je pense que les appels doivent être différents... Globalement je suis étonné car tout le monde dit la même chose, comme vous, ils sont plutôt admiratifs ...

Oui on ne peut pas nier les problèmes de la relations, de connaissances des deux services. Je ne dirais pas que je n'ai pas connaissance de problèmes, de personne, de médecin-médecin ou quoi que ce soit. Mais un problème d'organisation de la prise en charge des Urgences qui clairement tout le monde a bien pris conscience que ça doit être partagé, que chacun doit faire son effort mais c'est un peu difficile de percevoir après. Par exemple je n'ai jamais entendu que la cardio ne faisait pas d'efforts ou que la médecine interne ne faisait pas d'efforts... Je n'ai jamais entendu ça donc je pense que tout le monde est conscient des problèmes ce qui est peut-être le plus mal vécu c'est la mise dans la boucle de personnes non-médicales, genre une

cadre qui téléphone en disant on va vous mettre un malade dans un lit, ces impositions, des gens avec qui on ne peut pas discuter. Si le directeur rappelle en disant : vous allez prendre tel malade, qu'est-ce que vous voulez dire. On ne peut pas s'expliquer avec ce genre de personne non-médicale. En même temps dans les périodes de crises on n'a pas trop de solutions.....

Entretien 13

Si je peux répondre à vos questions. Je ne suis pas sûre....

C'est votre opinion, en fait, il n'y a pas de bonnes ou mauvaises réponses.

Oui mais je ne suis plus totalement sur le terrain avec les Urgences. Je l'ai longtemps été mais là, je ne suis plus en première ligne, on va dire.

Mais vous êtes la responsable de la structure et à ce titre, vous avez peut-être un regard, des retours sur ce que vous imagineriez ou comment vous voyez que fonctionnent les admissions de soins non-programmés. Quelle est votre opinion concernant les admissions de soins non-programmés sur les HUS ? Vous trouvez que c'est comment ?

Quand vous parlez de soins non-programmés, est-ce que vous parlez des admissions qui passent par les Urgences ?

Pour vous, est-ce que c'est ça ? C'est ça, que vous considérez comme non-programmé, ou il y a aussi autres choses ?

Ici en neurologie, nous recevons beaucoup de coups de fil en direct et on ne fait pas passer les patients par les Urgences. Nous pouvons avoir des admissions semi-programmées, c'est-à-dire courant de la semaine, le lendemain, le jour même, en fonction du degré d'urgence, si vous voulez. Contenu de nos pathologies, que ce soit une poussée de sclérose en plaque, un Parkinson qui décompense avec des troubles comportementaux, un patient épileptique qui décompense, ça ne passe pas forcément par les Urgences. Si on est appelé directement, on ne fait pas passer le patient par les Urgences. On se débrouille pour le prendre, soit il vient immédiatement, soit en semi-programmé, c'est-à-dire dans les jours qui suivent. Nous, c'est notre organisation, on fait comme on peut. Et concernant les patients qui passent par les Urgences, je ne sais pas ce que vous attendez que je vous réponde, mais on fait ce qu'on peut aussi. Si vous voulez, si on a de la place on participe sans problème. Si on n'a pas de places, quelques fois les patients sont obligés de rentrer chez eux et de revenir en programmé soit d'attendre à l'UHCD ou autres.

Qui appelle quand vous prenez des coups de fil directement de la ville sans passer par les Urgences ?

Soit le médecin traitant, soit quelques fois les patients.

Il passe par vous, vous avez un numéro direct dédié, au secrétariat ?

Non, dans chaque unité il y a par exemple, un numéro épilepsie, il y a des infirmières Parkinson, l'hôpital de jour peut aussi être un point d'entrée pour les patients qui ont le numéro de téléphone. Tout ça c'est pour les patients qu'on connaît. Pour les patients qu'on ne connaît pas, c'est le médecin généraliste, le neurologue qui nous appelle soit spécifiquement, un neurologue qui a une suspicion de « ... » il va appeler soit quelqu'un qu'il connaît, soit le médecin de garde. Nous avons un sénior de garde, un interne de garde 24/24h. Il y a quand même moyen de nous contacter.

Est-ce que c'est une organisation définie ? Les numéros de téléphone, on sait qui est là, quel jour ? Un parcours ?

Non. Pour la garde, il y a un numéro qui est toujours le même. Si ça arrive au standard, le standard passe au numéro de garde.

Sinon si c'est des malades déjà suivis par la filière, comme une sclérose en plaques ?

Il va appeler à l'hôpital de jour ou alors, il appelle le médecin qui le suit habituellement.

Et ça c'est quelque chose qui est communiqué d'emblée avec les malades ?

Non.

Ce n'est pas une consigne officielle ?

Non. Comme nous avons déjà beaucoup de coups de fil. En tout cas, pour les scléroses en

plaques je ne sais pas, pour les Parkinson, on leur dit toujours si ça ne va pas vous pouvez me contacter mais on ne leur donne pas le numéro de téléphone.

Quand vous dites qu'on fait comme on peut, vous voulez dire quoi par là ?

C'est-à-dire quelques fois, nous n'avons pas de places

Quand vous dites « pas de places », on parle des gens qui viennent directement de la ville, à 24 heures. Est-ce qu'il y a des fois où c'est compliqué ? Vous n'arrivez pas répondre ?

Et bien on a quelques patients chroniques, on a toujours deux ou trois patients qui sont en attente de placements, qu'on peut pas faire sortir du jour au lendemain. Et les gens qui sont là parce qu'ils ne sont pas bien équilibrés, on va pas les faire sortir pour mettre quelqu'un d'autre. On se débrouille. Mais on peut prendre rarement des patients le jour même.

C'est à cause du fait qu'il y ait beaucoup de patients lourds ? Qu'on soit en attente de placements ?

C'est parce qu'il y a des patients hospitalisés. S'ils sont hospitalisés c'est qu'ils nécessitent d'être hospitalisés.

Vous disiez en attente de placements ?

Ça dépend des moments. Par exemple dans mon unité qui fait 15 lit, il y en a souvent au moins deux.

Les malades qui viennent des Urgences, est-ce que vous avez l'impression que les profils sont différents ?

Les suspicions de « ... » peuvent passer par les Urgences. Mais pas forcément, non. Il y en a parfois qui sont les mêmes mais parfois pas. Il y a par exemple un parkinsonien qui est tombé plusieurs fois et qui arrive aux Urgences. Et quelques fois, c'est le médecin traitant qui nous appelle parce que son malade parkinsonien est tombé plusieurs fois et est-ce qu'on pourrait

revoir les choses. Ça c'est le même type de patients. Parce que son médecin était peut-être pas disponible, parce que les pompiers ont été appelés et ils l'ont mis aux Urgences plutôt qu'on soit contacté directement. Ça c'est les mêmes patients. Maintenant le patient pour, par exemple les épileptiques, ce sera pas le même patient. Ça, ça passe peut-être plus facilement par les Urgences. Et tout ce qui est encéphalite, pathologie plus aiguë qui n'est pas forcément une décompensation avec maladie chronique, ça passe plus facilement par les Urgences qu'en admission directe.

Est-ce que c'est des malades plus lourds pour vous, en prise en charge médicale et soignante ?

Les pathologies chroniques sont lourdes pour les soignants.

On voit souvent que les malades venant des Urgences sont plus lourds, comorbides, plus de problématiques sociales, c'est quelque chose que vous aviez remarqué ou pas ?

Peut-être. Quand on prend les patients de la ville, on fait peut-être plus attention aux profils, aux placements sociaux, avant de s'engager pour les prendre. Mais ça ne veut pas dire qu'on ne les prend pas. Alors que quand ça vient des Urgences, on a pas trop le choix.

Comment vous faites pour faire ce tri ?

Je ne fais pas de tri. Mais il y a quelques fois des patients très âgés, on ne va peut-être pas apporter grand-chose et ça peut être une prise en charge directement en gériatrie sans que ça passe par chez nous. Je fais moins de tri possible.

Est-ce que vous pensez que tout le monde dans le service fait comme vous ?

Oui je pense.

Et si c'est un malade gériatrique, c'est quoi le sentiment du service ?

On en a un certain nombre. On essaye de régler le problème qui est notre problème, par

exemple un Parkinson ou autre chose et après pour toutes les autres comorbidités, ou le SSR, ce n'est plus tellement notre spécificité.

Est-ce que vous êtes en difficulté du coup avec ces malades là ?

Ça peut arriver, mais pas toujours. Il y a quand même beaucoup de gens qui veulent rentrer chez eux et on a une assistante sociale, qui est quand même assez performante, donc on arrive à trouver des solutions. Mais régulièrement, il y a des gens pour lesquels il n'y a pas de solutions. Là par exemple, nous avons une dame qui est là depuis presque deux mois.

Et c'est bloqué à cause de quoi ?

C'est une dame qui a une paralysie « ... » Progressive et qui vit seule, donc elle ne peut plus rentrer chez elle, donc on attend un long séjour.

Deux mois ? Et pourquoi elle ne peut pas aller en long séjour ?

Je ne sais pas. Il n'y a pas de places apparemment.

Concernant les comorbidités, est-ce que vous pouvez être embêté ? Il y a beaucoup de malades qui sont comme ça, qui ont plein de maladies.

Oui, si vous avez un malade avec du diabète totalement déséquilibré, il y a une insuffisance respiratoire chronique, oui on peut être un peu embêté. Mais nous faisons appel à nos collègues.

Est-ce que vous avez des gens qui ont une formation un peu d'interniste ?

Les internes, les chefs de clinique, ont encore des notions ou n'ont pas encore tout oublié contrairement à moi.

Est-ce que vous avez des difficultés de recrutement de médecins ?

À l'UNV oui. Enfin l'UNV ne fait plus partie de la neurologie. Sinon non, tous nos postes sont pourvus.

Est-ce qu'il y a une grosse pression par rapport au libéral de ville ?

Il n'y a pas beaucoup de neurologues libéraux. Il y en a beaucoup qui sont partis à la retraite sans être remplacés et ça c'est dans tout le département et dans le Haut-Rhin n'en parlons pas. Là, il y a des jeunes qui commencent à vouloir se réinstaller en ville donc je suis assez optimiste pour les cinq ans qui viennent.

Pour la ville vous voulez dire ?

Oui pour la ville. Parce que nous, nous avons énormément de demandes de consultations. Nous avons des délais longs de consultations, on se rajoute tout le temps des consultations, il faut faire le tri entre ce qui est urgent et ce qui ne l'est pas. Parce qu'en ville il n'y a pas beaucoup de neurologues ou alors il y a des neurologues qui ont une activité très spécialisée comme par exemple le sommeil. Et donc il ne voit pas de neurologie tout venant.

C'est original, vous êtes la seule discipline qui ne vous plaignez pas de la ville et qui est contente que la neurologie de ville se développe, pour que vous ayez moins de cette pression de consultations. Et qu'elle soit faite ici au CHU ou en ville quelle est la différence ?

La différence je n'en sais rien. Je pense qu'il y a beaucoup de choses qui pourraient être réglées en ville et qui ne nécessite pas forcément le CHU. Nous avons un délai de consultations de plus de 6 mois, ce n'est quand même pas terrible.

Je suis peut-être naïf, mais si un médecin que vous avez formé et qui fait des consultations ici, est-ce qu'en ville il ferait plus de consultations ?

Non mais il y a du travail pour tout le monde. Nous ici, il y a des jours où il y a six médecins qui consultent et on ne sait même pas où se mettre pour consulter. On a plus de boîtes de consultations. Et six mois d'attente ce n'est pas toujours évident. Si vous demandez une

consultation il y a six mois de délai chez un spécialiste, c'est long pour une première consultation. Moi personnellement je ne prends des gens qu'avec une lettre du médecin traitant ou d'un neurologue et je vois l'urgence ou pas et je me rajoute régulièrement des consultations. Si je me rajoute c'est que j'ai le temps de le faire mais pendant ce temps-là, je ne fais pas autre chose. Je ne suis pas censée faire dix demi-journées par semaine de consultations. Moi en tant que PU-PH, ça m'occupe, ça ne me désintéresse pas, mais ce n'est pas que mon travail.

Qu'est-ce qu'il fait qu'un médecin va plus dans le privé ou dans le public en neurologie ?

Je pense que les gardes en neurologie vasculaire vont faire qu'il y en a beaucoup plus qui vont aller dans le privé. Je pense que pendant plusieurs années, il y avait plusieurs plans pour des maladies rares, donc nous avons eu des postes de PH, donc les jeunes ça leur plaisaient de rester à l'hôpital au CHU ou en CHG. Parce que l'hôpital ils connaissent, la ville ils ne savent pas trop ce que c'est, même s'ils ont fait quelques remplacements, c'est comme ça que beaucoup sont restés à l'hôpital. Et on avait aussi des postes à leur proposer. D'ailleurs il reste des postes à l'UNV mais il n'y a personne qui veut y aller. Il y a quand même des postes vacants. Mais là actuellement avec l'évolution des techniques pour les AVC, il y a des gardes de neurovasculaire qui sont de plus en plus lourdes et qui nécessitent quand même d'être à jour dans ces nouveautés. Il y a beaucoup de jeunes qui me disent l'activité hospitalière me plaît, mais l'idée de faire des gardes toute ma vie, ça me dérange.

C'est des gardes bloquantes, vous pensez ?

Je ne sais pas. Il faudrait peut-être les interroger eux. Mais je pense que c'est quelque chose qui a changé la pratique de la neurologie hospitalière. D'un autre côté être libéral, c'est aussi s'organiser, travailler comme on a envie, ça a aussi des côtés positifs. Mais moi je ne sais pas trop, il faut demander aux plus jeunes.

Je ne cherche pas forcément la vérité, je cherche votre avis. Et vous, est-ce que vous cherchez à ménager ça, la pénibilité pour garder vos médecins ?

C'est-à-dire que nous au CHU, nous ne sommes pas les plus impactés. Il y a plus de 15 personnes qui font des gardes, donc ça va, c'est acceptable. Un certain nombre de PH ne font

qu'une seule garde par mois. C'est bien et c'est pas bien, parce que ... Bon, bref...Par contre en périphérie, où ils ne sont que cinq ou six. Où ils sont moins, c'est beaucoup plus lourd.

Est-ce que ça a déjà été évoqué, que ces jeunes neurologues aillent en périph ?

Oui, ça a déjà été évoqué. En général, ils ont tous envie de faire un assistantat partagé ou un assistantat en périphérie, mais ça pour un temps limité. Pendant ce temps-là, ils vont participer aux gardes. Mais ils ne vont pas tous rester PH à l'hôpital après. C'est ma perception des choses et en discutant avec les gens, maintenant vous allez en trouver des gens qui vous disent : moi je veux faire, par exemple, PH à Colmar. Ils sont contents même s'il y a des gardes, c'est pas grave.

Les admissions provenant des Urgences, sont-elles que des profils neurologiques ? Ou y a-t-il d'autres patients ?

Ça arrive que dès que le malade a une maladie de Parkinson, il arrive chez nous des Urgences, même si c'est pas ça le vrai problème. Une fois qu'ils sont étiquetés maladie neurologique pour qu'ils soient mis ici.

Est-ce que vous comprenez un peu pourquoi ça se passe comme ça ? Votre sentiment, c'est quoi ?

Je ne sais pas trop. Mon sentiment, ça n'est pas grave. Je ne suis pas envahie par ce genre de problème-là, mais je constate parfois que certains patients ont une maladie de Parkinson mais aussi un tas d'autres choses. Et on le met en neurologie. J'imagine qu'aux Urgences, ce n'est pas facile de placer les patients.

Est-ce que ça vous pose un souci que ces malades-là ne soient pas 100 % de la neurologie ?

C'est-à-dire qu'il y a des moments, pour le personnel soignant, quand on a que des patients très très lourds, parce qu'ils ont des comorbidités et que le Parkinson n'est pas forcément le diagnostic principal, ça peut être lourd pour les équipes.

Les patients qui viennent des Urgences, c'est plus lourd pour vos équipes ? Ces profils là.

Il y a quand même beaucoup de patients des Urgences qui viennent et qui sont lourds mais qu'on peut prendre aussi d'hôpitaux périphériques ou des chez eux et qui sont lourds aussi. Ils ont peut-être plus de comorbidités qui peuvent être au premier plan quand ils viennent des Urgences, que quand ils viennent direct de chez eux.

Est-ce que ça c'est plus mal vécu par les équipes, par les soignants ?

S'il y a 15 patients qui ne se lèvent pas tout seul, dont il faut faire la toilette et à donner à manger c'est quand même beaucoup plus lourd pour l'équipe soignante. Mais c'est des périodes ça. Je ne fais pas très attention d'où viennent les gens. On a aussi des transferts de pneumo, là on a eu un transfert d'un malade d'infectiologie particulièrement lourd, mais parce qu'ils avaient besoin de lits pour le Coronavirus. Moi ce que je vous donne c'est des impressions globales.

Est-ce que vous avez des soucis de recrutement de soignants « paramédical » ?

En ce moment tout l'hôpital a des problèmes de recrutement de soignants « paramédical ».

Il y a des services plus ou moins que d'autres.

Nous là, on avait des congés de maternité, des maladies... Nous avons pas de postes vacants. Je crois qu'à l'UNV il y a des postes vacants.

Est-ce qu'il y a du turn over, en « paramédical » ?

Ici, au neuvième pas trop.

Qu'est-ce qui fait que le « paramédical » reste ? Parce qu'il y a certains services, où il y a beaucoup de turn over. Ça peut être intéressant ?

Parce qu'elles sont intéressées par la pathologie. Parce qu'on est gentil avec elles. Moi qui travaille ici depuis un certain temps, il y a des infirmières qui sont là depuis très longtemps. Il

y en a beaucoup qui sont parties à la retraite, mais il y en a beaucoup qui ont fait quasiment toute leur activité en neurologie. Il y en a qui sont là actuellement, depuis plus de 10 ans. Ça peut tourner, mais ce n'est pas le....

Et pourquoi ça intéresserait plus que la médecine interne par exemple ?

Je ne sais pas comment ça se passe en médecine interne. Moi, je dis que je connais les gens qui travaillent dans le service.

Est-ce que vous faites quelque chose pour qu'elles restent ?

Non je n'ai pas l'impression, je suis gentille avec elles. J'en sais rien. Je suis polie, je dis bonjour. C'est pareil dans tous les secteurs là.

Et en neuro-vasculaire pourquoi c'est différent ? Il y a plus de turn over et il y a des postes vacants.

Je ne sais pas. Il faut aller voir en neuro-vasculaire.

De ce qu'on me disait, et des gens que j'ai rencontré, il y a une part de non-programmé, que c'est en neuro-vasculaire par définition quasi que du non-programmé. Il n'y a que des gens qui viennent par les Urgences, c'est souvent des malades plus lourds et qu'on ne peut jamais rien prévoir. L'entrée ne se fait pas à 14h, c'est un peu à n'importe quel moment et que c'est une très grosse charge de travail et que c'est peut-être plus ça qui fait le turn over et les difficultés de recrutement.

Vous parlez des paramédicaux ?

Des paramédicaux et médicaux.

Moi je ne suis pas là-bas, ça me gêne beaucoup d'en parler. Enfin il y a deux étages : un étage qui est aigu et il y a le deuxième étage où les gens qui sont passés d'abord au 4-3 viennent après chez eux au 4-4, quand ils n'ont plus besoin d'une surveillance continue. C'est inhérent, en neuro-vasculaire, vous ne savez pas quand les gens arrivent mais ils n'ont que ça, ils n'ont

pas d'autres admissions. Ils n'ont pas d'admissions programmées en plus. Voilà, je ne sais pas comment ils sont organisés, mais il y a des gens qui aiment ça, l'urgence. Parce qu'ils aiment cette pathologie urgente, c'est un côté aussi un peu stimulant, je vais « sauver la vie » des gens. Il y a des gens qui font médecine pour ça aussi.

Alors nous, nous avons aussi des difficultés de recrutements liées à cette pénibilité, à ce côté non-programmé, le côté on peut jamais rien prévoir, il y a des jours où il y a énormément de monde, il y a des jours où il y en a moins, il y a cinq AVC d'un coup....

Après c'est une organisation de service. Ce n'est pas toujours les mêmes qui sont sur le front, je pense.

Vous pensez que c'est pas ça les difficultés de recrutements ? Je ne veux pas vous piéger, ça reste anonyme. Je sais qu'il y a des conflits. Pascal Bilbaut m'a parlé.

Il n'y a pas de conflit. Il y a un problème de management dans ce service. Quand je le dis, on pense que je le dis parce que je n'aime pas la personne du service qui justement manage. Ça n'a rien à voir, il y a un problème de management. Les gens sont partis les uns après les autres. Les gens de valeur sont partis. Voilà, on ne nous a pas écouté. Maintenant ne me demandez pas mon avis. Ça ne sert à rien. Changeons de sujet, puisque vous n'êtes pas décisionnaire. J'ai dit ce que j'en pensais, de nombreuses personnes ont dit ce qu'elles en pensaient et on en a pas tenu compte...

Parlons d'un autre service, parlons de médecine interne qui ont des grandes difficultés de recrutement de personnel paramédical. Médical B a des difficultés de recrutement paramédical.

Je comprends, parce qu'ils ont quand même beaucoup de pathologies très lourdes. Médicale B, ils n'ont pas spécialement de spécificité et c'est vrai qu'ils doivent avoir beaucoup de malades qui viennent des Urgences avec des problèmes sociaux etc....quoique je n'en sais rien, je ne passe pas la visite en Médical B, je n'y ai jamais travaillé mais je pense que c'est un peu de la médecine interne gériatrique, quand même un peu en Médical B, non ?

Je dirais plutôt des comorbidités avec des diagnostics, dont on ne sait pas trop ce que

c'est, qu'on voit aussi aux Urgences. Et c'est un peu la difficulté des fois, c'est qu'on a des malades qui ont toutes les comorbidités imaginables. Je trouve qu'il y a 10 15 ans, il y avait beaucoup moins. Grâce aux progrès de la médecine, maintenant quand il y a un événement aiguë, on ne sait pas trop ce qu'il fait, si on doit l'hospitaliser, parce que chaque événement aiguë ne nécessite pas forcément une hospitalisation, comme une bronchite, sur un insuffisant cardiaque sauf qu'il ne peut pas rentrer parce que ça le met complètement KO et là, ces malades là, on a du mal à les hospitaliser parce qu'ils n'appartiennent à personne et ils vont donc souvent dans ces unités là. C'est des gens qui n'ont pas vraiment de diagnostics. Il y a une charge de travail car c'est des malades qu'il faut entièrement revoir, attendre l'évolution...

Ça, c'est plutôt la charge des médecins, ça n'impacte pas sur les paramédicaux. Je pense qu'en Médical B, il y a quand même beaucoup de personnes âgées qui ont des comorbidités, qui sont dépendantes et pour les paramédicaux, c'est quand même lourd.

Les quatre premiers mois, j'étais à Hautepierre et donc aux Urgences, on avait beaucoup de neurologie, normal puisque c'est le site, je vois que vous étiez souvent complet, mais je trouve qu'il y avait souvent aucun lit. Ça toujours était ça ? Il y a 15 ans j'étais externe ici quand la neuro était encore à l'hôpital civil, j'avais l'impression d'arriver plus facilement à hospitaliser les gens. J'étais externe, j'étais chez Monsieur Hirsch et après je faisais des gardes à Pasteur.

Oui je me souviens au deuxième étage, chez Monsieur Werther, on avait toujours un ou deux lits supplémentaires.

Et on arrive pas à se garder de lits, comme on sait qu'il va de toute façon y avoir des entrées non-programmées ? C'est quelque chose qui a déjà été évoquée ça ?

Non parce qu'il y a toujours des places qui sont prises, des coups de fil réguliers. Mais il y a des fois où il y a de la place. Ce week-end par exemple, il restait un lit mais qui n'a pas été pris.

C'est étonnant cette variation d'activité.

Le week-end, on peut avoir des lits, ils ne sont pas toujours pris. Enfin la plupart du temps comme il y a 10 places en fait, il y a 10 lits fermés en UNV, on avait souvent, quand y en avait des lits libre, on prenait des AVC.

Et héberger, ça vous pose un souci, vous ?

Moi je n'aime pas les hébergements. Je pense que c'est une perte de chance pour les patients.

Hébergement au sein même de la neurologie ou l'hébergement à l'hôpital ?

Non, un AVC ça on sait faire. Mais héberger un patient en neurologie, soit héberger en ORL ou en neuro-chir, la plupart du temps on n'est pas informé. On l'apprend le matin ou le midi, c'est fait sans prévenir. Prévenir l'interne ou le sénior, alors que vous savez très bien quelle est la procédure. Mais la plupart du temps on est pas prévenu. Les gens du service hébergeur passent à côté sans le regarder et nous si on est pas prévenu. On n'y va pas et même si on est prévenu, on aura pas la même attention pour ce patient, les infirmières du service hébergeur n'auront pas la même attention pour ce patient que pour un patient de leur discipline. Je trouve que c'est une perte de chance pour le patient

C'est lié à quoi que le médecin n'ait pas la même vigilance ?

On leur dit que c'est un hébergement....

Ils pensent que ça ne les concerne pas alors. J'ai déjà remarqué que c'est un vrai sujet de blocage, les hébergements ici sur les HUS.

Je vous le dis, la plupart du temps, le médecin des Urgences met le patient en neuro-chir, prévient éventuellement le sénior de neuro-chir, mais pas le sénior de neurologie. Donc personne ne va voir le patient et le lendemain à 11h, on apprend qu'il y a un patient en neuro-chir qui est sous la dépendance de la neurologie et on est pas encore allé le voir. Ça pose quand même un peu problème. Il y a une ou deux fois où c'était limite, tendu.

Est-ce que vous avez déjà entendu parler du besoin journalier en lits, pour les Urgences ?

Faut 2 lits par service et tous les lits du pôle sous la responsabilité de la neurologie. Mais quand on laisse 2 lits, ils ne sont pas forcément pris. Au bout d'un an « d'hôpital en tension » tous les jours ça ne veut plus rien dire, on ne fait plus attention.

Ce qui est prévu depuis début d'année, des consignes ministérielles pour que le besoin journalier en lits soit appliqué dans les services. Vous le voyez comment, ça ?

Eh bien, ils n'ont qu'à ouvrir un service supplémentaire et puis voilà. Parce que ce n'est pas forcément de la neurologie. Qu'est-ce que vous allez mettre dans le lit de toute façon Est-ce qu'on va me demander mon avis ? Pas tellement. Le problème journalier de lits, nous avons tous les jours des appels d'un neurologue, d'un médecin généraliste pour des patients qui ne vont pas bien et pour lesquels, ils nous appellent directement. Et qu'on prend directement dans le service sans passer par les Urgences, si ça ça compte pas...

Moi je considère que ça compte. Je sais pas si effectivement ça compte dans les bureaux, en besoin journalier en lits, mais moi je dis que ça compte. On ne peut quand même pas opposer les choses. La question c'est vrai, vous l'avez pointé du doigt, le nombre de lits disponibles de manière non-programmée. Est-ce que j'aurais vraiment des malades de neurologie ou est-ce que j'aurais d'autres malades qui sont comorbides et qui n'ont pas que de la neurologie voir pas du tout de neurologie. Je comprends bien que c'est un vrai problème.

En quoi ça vous embête qu'il y ait des patients dans le service qui n'ont pas que de la neurologie ?

Nous sommes dans un CHU, je suis centre expert Parkinson, centre de référence neurologie génétique, nous avons été labellisés pour une compétence là-dedans, si c'est maintenant pour faire de la médecine générale, je ne comprends pas très bien. Je suis labellisée, je suis payée, je suis censée avoir une activité de recherche et d'enseignement etc.... dans des domaines particuliers, je ne dis pas que je ne peux pas participer à l'effort commun, mais je ne suis pas là pour faire de la médecine générale ou de la médecine interne. Ce n'est pas pour ça que je suis là. Et nous avons fermé un service entier en gériatrie et maintenant il manque

constamment des lits en gériatrie, pour des personnes âgées. Je ne comprends pas la politique de l'hôpital.

Ce que vous dites, c'est que ça serait du gâchis, en tout cas inadapté, d'hospitaliser dans un service de pointe des malades, et de prendre du temps médical à des médecins spécialisés dans ce domaine-là...

Et qui seraient peut-être incompetents, qui feraient des examens inutiles, qui ne seraient pas totalement compétents. Moi il y a un certain nombre de pathologies, alors les plus jeunes n'ont peut-être pas tout oublié ou j'ai des notions qui n'ont pas évolué dans les pratiques en gastro, pneumo etc. moi j'en suis encore comme il y a 30 ans.

Je ne veux pas être polémique, mais est-ce que cette organisation en ultra spécialité d'organes, ça ne pose pas problème par rapport au type de malades qu'on a. On a beaucoup de malades actuellement en ville qui sont tous comorbides.

Eh bien, il n'y a qu'à faire des services de comorbidités. Nos patients ont tous des comorbidités. On se débrouille quand même. Il y a 10 ans, on a nous a dit qu'il fallait s'hyper spécialiser, même les infirmières devaient être spécialisées, pas même des infirmières neurologiques mais des infirmières épileptiques, des infirmières Parkinson, des infirmières scléroses en plaques, parce qu'elles vont mieux prendre les patients en charge etc. ça, on nous a dit il y a 10 ou 15 ans, on a formé les personnels comme ça et maintenant qu'est-ce qu'on dit ? On dit c'est un pôle, il faut que les gens soient polyvalents et n'importe quelle infirmière peut aller travailler n'importe où. On change régulièrement le raisonnement, la façon de dire, la façon dont il faut faire. On fait des centres de référence, on fait des centres de compétence, des centres experts et vous vous êtes en train de me dire que peut-être tout ça n'a pas de sens. Il faut simplement faire des services de médecine polyvalente. Je pense que ce n'est pas le rôle du CHU de faire de la médecine polyvalente. Ou bien on supprime tout. Non je pense que c'est pas le rôle du CHU.

Est-ce que vous pensez que les deux peuvent cohabiter ?

Mais tous les jours, nous faisons de la médecine de proximité bien entendu. Mais le CHU ne doit pas devenir un grand service de médecine polyvalente. Je n'ai pas de solutions, ce n'est

pas à moi de trouver des solutions. Mais quand on récupère des patients qui viennent de médecine de droite ou de gauche et qui se sont dégradés là-bas et qui viennent chez nous, on est peut-être pas extraordinaire mais dans notre de domaine, nous avons quand même un savoir-faire, les patients vont quand même mieux après. Je ne jette pas la pierre aux gens de ces services là. Pour un certain nombre de choses, ils seront meilleurs que moi et pour des choses très précises, on a un savoir-faire qu'ils n'ont pas.

Comment imagineriez-vous l'hôpital pour pouvoir considérer, concilier les deux ?

Je ne sais pas, peut-être qu'il faudrait des services de médecine polyvalente.

Ça pourrait être une piste ? La médecine interne joue un peu ce rôle-là.

Oui la médecine interne, Médical B, maladie infectieuse, immunologie, et pour la médecine polyvalente il reste la Médicale B, il y a aussi un peu d'endocrinologie. Et avec le vieillissement de la population c'est peut-être la gériatrie qui joue ce rôle.

Comment qualifieriez-vous vos relations avec les Urgences ? Vous et le pôle ?

Pas trop mauvaise. Je vous ai dit le problème des hébergements. Je pense que nos internes sont beaucoup trop appelés aux Urgences. Après c'est des périodes, ça dépend des internes des Urgences. Quand on les appelle, parce que c'est de la neurologie alors que le patient n'a pas été interrogé, je trouve que c'est pas bien. Et je pense que tout patient qui a un problème dit neurologique ne nécessite pas forcément qu'on appelle l'interne de neurologie. Je l'ai déjà dit à Monsieur Bilbaut.

Je suis étonné, vous avez déjà dit à Bilbaut, qu'on n'examinait pas tous les malades ? Ou trop demandeurs ?

Ça arrive mais on peut aussi prendre ses responsabilités. Le neurologue n'est pas obligé de tout voir. Mais ça c'est des périodes, je n'en ai pas discuté récemment avec mes internes. La dernière fois que j'en ai discuté avec eux, il y a quelques mois, ils avaient l'air de dire que ça allait plutôt bien.

Et sur le fonctionnement ? Sur le mouvement social actuel concernant les Urgences qui a pris un peu sur le reste de l'hôpital ? Votre regard de cheffe de pôle ?

Je ne suis pas cheffe de pôle, je suis cheffe de service. Je ne suis plus cheffe de pôle. Je suis solidaire des soignants, parce que je vois, qu'ils sont en souffrance, qu'ils ne sont pas valorisés et ça fait quand même des années, que je pense que les soignants ne sont pas valorisés à l'hôpital. Ils ne sont pas bien payés, on leur demande de plus en plus, comme il manque du personnel. Ils sont un peu sous pression. Moi, je vois les infirmières et les aides-soignantes dans mon unité régulièrement on les rappelle alors qu'elles sont en récupération ou en congés pour remplacer d'autres gens qui sont en arrêt ou je ne sais pas quoi. Ça va une fois, ça va deux fois, mais quand c'est répétitif, pour elles c'est lourd. Et là actuellement, on sent qu'il y a un peu un ras-le-bol. Pour les médecins, je ne dis rien, on est quand même pas les plus à plaindre et puis quand je vois qu'on a pas d'urgentistes à Mulhouse et qu'on paye les mercenaires 2000 € la garde je trouve ça scandaleux. Je n'ai pas de solutions personnelles, mais je trouve ça scandaleux.

La gériatrie n'a pas de problèmes, elle a, je pense une spécificité autour de : perte d'autonomie, de troubles cognitifs, le déclin cognitif etc. Il y a des choses.... On peut publier dessus. Il y a une expertise scientifique, il n'y en a pas sur le patient comorbide, il y a d'ailleurs des internistes qui aiment cette poly-pathologie. Ils se trouvent une niche aussi, dans laquelle ils excellent une maladie rare quelconque et ils font aussi cette autre activité et on ne valorise pas ça sur un CHU. Ce n'est pas une hyper spécialité, il y a un lien aussi parce qu'on ne publie pas la dessus ...

Un CHU est là pour l'enseignement et la recherche, si tout le temps est pris par l'activité clinique, une activité clinique qui n'est en plus pas de notre ressort, dans notre champ de compétence, on fait bien moins le reste. Je sais bien qu'il faut s'occuper de ces patients. Je ne pense pas qu'en m'empêchant de faire le reste de mon activité...

Ce n'est pas ce que je voulais dire. Ce que je veux dire, c'est que si on crée cette activité de médecine poly-pathologique, polyvalente, ou je ne sais pas trop comment la nommer. Il faudrait trouver un autre terme, parce que cette activité-là ne sera pas valorisée à l'échelle du CHU si elle est valorisée...

Il n'y aura pas un CNU de pathologie....

Alors qu'elle rendrait bien service et il faut qu'on réussisse à trouver, je pense que le nœud est là. Il faut trouver la manière de le rendre attractif. Est-ce que ça doit être les conditions de travail ? Est-ce que ça doit être accolé à autre chose ? Pour avoir de la publication scientifique ? Est-ce qu'elle doit avoir un rôle central en disant, on n'en a besoin de ce service. Voilà il y a tout ça. Vous vous n'avez pas besoin des Urgences ou peu. Nous, on a besoin de la neurologie tout le temps, quand j'arrive au bout de ma « Dead Line » comme vous dites je serai toujours celui qui vous embête. Et le médecin qui fait de la poly-pathologie...

Nous aussi on aime bien les choses qui ne sont pas bien réglées.

Tout le monde ne l'aime pas.

Eh bien, c'est-à-dire que ça met un peu de piment dans l'activité. Moi les parkinsoniens, je ne dis pas que c'est toujours la même chose, mais c'est toujours le même principe d'avoir de temps en temps une autre pathologie ça ne me dérange pas. Il y a aussi des maladies rares, ça demande beaucoup de temps, des maladies neurogénétiques. On ne fait pas le diagnostic juste en regardant le patient, il y a un travail de bibliographie, il y a un travail de discussion avec la génétique et tout ça prend du temps aussi. Je ne sais plus pourquoi je vous dis ça.

Je pense que c'est par rapport au temps fait de sortir de la routine, des malades qui sortent un peu de l'ordinaire. Je suis tout à fait d'accord avec vous, je ne plaide pas pour la disparition des spécificités au contraire, des papiers ont montré que de diminuer l'activité de spécialités avec la déprogrammation large, ça augmente encore la saturation aux Urgences, parce qu'on a plus de médecins qui sont là, qui veulent encore s'occuper des malades après. Il faut réussir à trouver un modèle original qui satisfasse tout le monde dans l'intérêt du malade. C'est vraiment ça il faut de l'hyper spécialité, il faut du tout-venant, et il faut que tout le monde soit valorisé là-dedans.

Et augmenter l'UHCD ?

Est-ce que c'est le rôle des Urgences ? De faire ça ? Je ne sais pas ?

Du post-urgences ?

Oui c'est ça. C'est du post Urgences, alors que normalement l'UHCD ce n'est pas ça. Ici comme au NHC. L'UHCD est complètement dévoyé par rapport à son rôle. C'est-à-dire que des gens qui relèvent normalement d'une UHCD dorment dans les couloirs.

Et l'UHCD fait quoi ?

Normalement l'UHCD, c'est retour le lendemain prévu, on le garde parce que le lendemain il y a le retour.

Ou parce qu'il y a un transfert le lendemain...

Non. Mais un diagnostic incertain, j'ai pas de diagnostic, je demande un temps d'observation ou surveillance 24 heures. C'est le traumatisme crânien, c'est quelqu'un qui a de la fièvre, on sait pas trop ce qu'il a. On se donne jusqu'au lendemain pour voir, la fin des examens.... Nous on est un peu l'antichambre de l'hospitalisation. On finit les examens, les diagnostics, avant de faire monter les malades ou en unité d'hébergement. Moi je vois qu'il y a un problème, vous devez le voir aussi. Il y a un problème de qualité de prise en charge à l'UHCD. Il n'y a pas de qualité de continuité des soins.

Normalement à l'UHCD, je fais la visite, je fais sortir tous les malades. Il n'y a aucun malade qui reste. Dès qu'on voit un malade reste 2-3 jours, c'est n'importe quoi. Il est mal hydraté, il est pas mis debout, vous le voyez bien à chaque fois, j'imagine. Au bout de 3-4 jours, moi j'ai déjà appelé un neurologue en lui disant il faut faire un truc, il faut le prendre, là, on est en train de le tuer ce pauvre patient. Donc si on imagine une unité comme ça, ne doit pas être un médecin qui vient un jour à ce service un jour à l'UHCD, un jour à la régul, une fois la zone NHC ou une fois la zone à Hautepierre. Il faut que ce soit toujours la même personne. Il faut que ce soit un mois peut-être, pas qu'avec des urgentistes. Je pense pas que les urgentistes aient une compétence ou une envie de faire ça et de le faire bien. Il faut faire tourner. Moi je pense, qu'il faut plutôt faire quelque chose avec les internistes et des urgentistes intéressés.

Des médecins généralistes...

On parlait de cette attractivité, il faut quand même que ce soit une unité qui existe au CHU, qui existe avec de la médecine générale il doit y avoir une spécificité. Les professeurs de médecine générale sont plutôt axés libéral.

Il faut peut-être changer ça.... Pourquoi pas, c'est une bonne idée.

Merci.

(...). Suite à la crise des Urgences et des difficultés qu'on peut avoir, et quand je suis arrivé ici, c'est vraiment la chose qui m'a le plus marqué. J'en ai discuté avec Pascal Bilbault et on a envie de réfléchir, peut-être à une autre organisation, mais pour ça, il faut qu'on comprenne.....

Ce qui ne va pas.

Exactement. Et qu'on comprenne aussi pour vous quand vous admettez un patient de manière non-programmé. Quel est votre opinion concernant les admissions des soins non-programmés ici aux HUS et dans votre pôle ?

A priori, je n'ai rien contre les admissions non-programmées et au contraire, je pense que notre rôle est de participer à cette activité. Je pense que ce qui crée la tension et que vous n'avez peut-être pas ressenti à Cahors ou en Occitanie, c'est peut-être que, comment dirais-je, à un moment donné, on ne peut plus pousser les murs. Et les admissions non-programmées c'est pas que des Urgences, mais ça en fait partie. Nous en cardiologie, on a les admissions non-programmées du SAMU qui sont prioritaires, c'est notre cœur de métier, il y a les réa et les post-op', voilà on a ces admissions non-programmées. Ça c'est ce que je défends auprès de la direction, et évidemment nous avons à en prendre des Urgences, je pense qu'on les prend, contrairement à ce qui a été dit dernièrement. Il a été dit dans certains mails ces derniers temps qu'on ne respectait pas les quotas. Notre quota de besoins journaliers en lits est de huit. Après qu'on ait dit ça, 15 jours après on nous dit : oui mais vous n'en avez pas pris huit tous les jours. Mais vous en avez pris une moyenne de six. Donc on vous bloque des lits le matin. Ecoutez, on a pas refusé de malades, il y a un problème de communication. Je pense qu'il y a un problème de communication. Je pense qu'il y a un gros problème de communication entre urgentistes et cardiologues. Je pense que c'est un faux problème ce problème du quota. Vous avez défini huit lits, mais vos huit lits n'étaient pas nécessaires dans la période qui a été analysé, on a refusé aucun malade. Très régulièrement il y a Madame Sammour qui m'appelle en me disant je suis aux Urgences de Hautepierre, il y a six-huit patients à prendre en cardiologie, est-ce que vous pouvez faire quelque chose. Mais je ne suis pas au courant, d'où ça vient cette information ? Je me renseigne, j'appelle le médecin de garde, l'interne de garde,

personne est au courant. Il y en a peut-être un ou deux qui était calé. Je pense qu'il y a une forme de..., c'est même sûr parce que je l'ai vérifié plusieurs fois par moi-même, j'ai l'impression qu'il y a un problème de désinformation. Je pense qu'il y a un vrai problème de communication entre les Urgences et le service de cardiologie. Les relations ne sont pas sereines. J'entends dans les staffs aux Urgences qu'on dit que les cardio ne prennent pas les malades. On ne prend jamais les malades. Les internes et les médecins vont voir les malades ou passent du temps au téléphone pour ces malades et on les réprimande en disant de toute façon vous ne prenez jamais les malades. Ça ça crée, ce qui est vécu de façon négative, car c'est nous qui prenons le plus de malades des Urgences. Ce pôle prend quand même beaucoup de patients des Urgences, et tout le monde a l'impression de faire des efforts et en définitive personne n'est jamais content.

Pourquoi vous pensez qu'on est jamais content, vous pensez ?

C'est parce que chacun n'arrive pas à prendre en considération les contraintes de l'autre. Je prends un autre exemple, l'interne de radiologie a des appels sans arrêt de partout, et l'interlocuteur au bout du fil n'est jamais content. Ça casse le moral des troupes et c'est pareil pour le senior de cardiologie, le bip sonne tout le temps c'est un vrai stress. C'est pour les urgences mais aussi pour le SAMU, de la grosse logistique, faut faire de la place très vite et puis en plus souvent l'interlocuteur n'est pas content. Parce qu'il attend autre chose, il ne comprend pas la contrainte de l'autre. Il se dit : pour moi ce malade doit aller en cardio, il doit aller en cardio. Il n'y a pas de discussion possible. Et ça se passe mal. Donc je pense qu'il y a un vrai problème de savoir-vivre. Ça je l'ai dit, je l'ai écrit car le précédent semestre nous avons eu des burn-out chez les internes, tentative de suicide en réa avec une vraie enquête de l'administration, de la direction sur les causes, l'élément numéro un qui a été affiché par les internes c'était le harcèlement par téléphone par les Urgences. Pourquoi, parce que c'est très facile de faire un numéro qu'on appelle avant même que le dossier soit cadré. Depuis il y a eu des effets, des efforts qui ont été fait je pense qu'après cette événement il y a eu des consignes, j'ai en tout cas, moins de retour des internes de mal-vivre par rapport à ça. Ça c'était un véritable mal-vivre. Je pense qu'aux Urgences on vit mal, on vit mal son travail, et on appelle et on veut placer les malades, faut que ça aille vite, c'est normal, mais ce n'est pas un mode de fonctionnement. Un mode de fonctionnement normal est plus posé, il faut pas croire que nous ne faisons rien, ça bosse beaucoup aussi. Mais pour moi il y a un gros problème de communication. Et pourquoi il existe ? D'abord parce qu'on se voit pas. Je ne

vous connaissais pas. Je connais certains seniors des Urgences, pas tous. Quand je veux appeler le senior responsable aux Urgences, je n'ai pas de numéro. Je pense qu'il n'existe pas un numéro spécial. Donc si je veux m'adresser aux Urgences, je ne sais pas à qui m'adresser. Ce n'est pas normal. Vous voulez appeler le cardiologue vous avez un numéro. Vous avez le senior, vous avez l'interne, vous avez l'interne de secteur... un numéro dédié. Ça fonctionne dans un sens, mais ça ne fonctionne pas dans l'autre sens.

Vous pensez que ces relations conflictuelles...

Ça traduit bien quelque chose...

Vous pensez que ça vient de là ?

Non, ça traduit quelque chose. Ça montre une volonté de communication dans un sens mais pas dans l'autre. Pour moi c'est symbolique, on se protège. Moi aussi je pourrais dire : il n'y a pas de senior de garde, vous passez par l'interne qui fait remonter à son senior après avoir filtré. Je pense qu'il y a un gros problème de communication. La perception de ce que l'on fait, d'être régulièrement taxé de : on ne veut pas prendre des malades des Urgences en cardio. Ce qui parfois est vrai, parce que le malade ne relève pas de la cardio. C'est à nous de discuter. Je pense que si, ce que j'explique à Pascal Bilbault, et qu'on doit faire depuis longtemps, si on organise des réunions pour parler des problèmes vraiment de façon factuelle : avec tel malade on a eu tel problème, qu'est-ce qui s'est passé, je suis d'accord pas d'accord, voilà les arguments. Qu'on puisse faire des staffs, que les gens se mettent autour d'une table et qu'ils en discutent de façon calme et posé. Je pense que ça permettrait déjà de mieux se comprendre Mais aujourd'hui ça n'existe pas. Je ne sais pas pourquoi. Ça doit être compliqué à votre niveau, il y a plein d'équipes, ça fonctionne un peu en 3-8 chez vous, 2-8. Il y a les moitiés d'équipe, 2/3. En clair, on ne peut pas se réunir. Avec le SAMU, c'est le même problème, on peut pas avoir les gens du SAMU parce qu'il y a une équipe, mais une équipe qui ne se réunit pas.

Vous pensez que ça joue ?

Oui, absolument. Parce que moi je ne sais pas, qui c'est l'équipe. Moi, j'arrive à rencontrer tout le monde, je vois toute mon équipe. J'arrive à rencontrer toute mon équipe, à réunir toute

mon équipe. Je ne suis pas sûr que Pascal Bilbault arrive à faire ça. Est-ce qu'il arrive à réunir toute l'équipe ?

C'est pas l'objet de l'étude, mais je peux vous dire que....

Pour des raisons organisationnelles....

Non, non. Depuis que je suis là, avant je faisais des staffs, bon c'est un peu hors sujet.

C'est pas des critiques, j'essaye d'être constructif....

J'entends bien, tout le monde ressort ce problème de communication.

Qui est ce qui dit ça ? D'autres...

Oui, vous êtes parmi les derniers de la vague des 13 ou 14... En fait ça fait six mois, que je suis là, je n'ai jamais eu aucune réunion de service. J'ai eu que deux petites réunions. On a une image, qu'on se forme nous-même, complètement noyé, alors qu'il faudrait qu'on discute de choses majeures. Comme notre attitude, ce qu'on subit, comment on s'occupe des internes, quand est-ce qu'on appelle un senior, quand est-ce qu'on appelle l'interne....

Qu'on puisse débriefer.

Vous prêchez un convaincu.

Au SAMU c'est pareil. On me dit qu'on peut pas. Parce que le matin y'a cette équipe l'après-midi, il y a cela et on devrait le faire à midi, mais à midi il y a que 10 minutes...

C'est le syndrome de l'urgentiste. Personne nous aime, on a jamais le temps et on est débordé. Mais ça ne veut rien dire.

Oui ça ne veut rien dire. Mais il n'y a pas que ça, je pense qu'il faut arriver, ce n'est pas une critique que je dis. Mais il faut arriver à sortir de l'état d'esprit qui est : je travaille dans mes

heures de travail, c'est-à-dire de dire, là j'ai fait mes heures je m'en vais. Il y a des moments c'est important les réunions, c'est important c'est pas dans mes heures de travail. Mais c'est ça qu'il faut changer maintenant.

Alors au niveau d'heures de travail, on est bien loti. On a pas à rougir.

Mais parfois on peut aller au travail sans travailler, mais pour faire une réunion à 20h. Je ne compte pas les heures de travail. Mais je pense que le mode de fonctionnement en 2×8 , c'est comme le repos de garde, je pense que les organisations de soins qu'on a hérité du passé, si elles existent de la sorte c'est pas par hasard, c'est qu'elles étaient éprouvées au fil du temps et elles avaient un sens dans la continuité des soins, dans le management des équipes.

Maintenant on impose des fonctionnements beaucoup plus haché et on perd en continuité de soins. On perd en présence dans les services et on perd en efficacité des équipes. Mais ça, ça n'est pas discutable, c'est carré parce que c'est européen. Du coup on ne peut pas faire de réunions de service de sept à huit, avec tout le monde, avec un buffet pour que ce soit.... Et avec les cardiologues, pour que tout le monde soit là. Mais si on ne fait pas ça, on avancera pas. Là, on touche un problème de management qui à mon avis est essentiel et c'est le même problème au SAMU.

Nous avons beaucoup parlé des organisations des Urgences. Moi ce qui m'intéresse, c'est vous, dans votre service ? Là vous voyez ce problème de communication qu'il y a, vous pensez que c'est ça qui fait aussi qu'il y'a un certain délai dans les avis, des examens complémentaires qu'on peut attendre, des échographies qui sont faites ailleurs... Certains délais peuvent être long. Est-ce que vous pensez que ça vient de là aussi ?

Alors là, ce que j'attends-moi, c'est des données factuelles. Et c'est ce que je dis avec Pascal, on ne peut pas réfléchir sur des concepts qui sont, ben les cardiologues ne prennent jamais de malades, il y a trop de délai pour un avis, il y a trop de délai pour tes examens.... Il faudrait que quand le dysfonctionnement se produit, on le dénonce. Moi je le fais, Quand un malade arrive tardivement et bien je le fais, je le dis au SAMU. À chaque fois je le signale. Donc votre perception, c'est que parfois il y a des problèmes. Ok, Mais ces problèmes, on les remonte pas. Il y a un problème de communication. Vous dites qu'il y a des problèmes entre vous, mais moi je n'ai pas cette information, aucun moment on m'a dit : tel jour il y a eu tel

problème avec tel malade. Alors là, quand il y a eu la pression pour prendre ces huit malades par jour, j'ai dit ok, on est en tension, mais je vais suivre ça de plus près. Au staff de huit heures j'avais l'interne et l'interne du secteur, je leur ai demandé ce qu'il y avait, ils m'expliquent la situation : nous en avons pris deux ou trois, il y en a deux à l'UHCD. On a calé ça tout de suite. Mon credo a été de corriger dans mon boulot ce qui pouvait l'être. Pour moi, il faut que les malades soient cadrés. Il faut qu'on dise rapidement que tel malade relève de la cardiologie ou non. Ça c'est mon job. C'est pour ça que mon chef et les internes voient les malades et disent bon ok, ça c'est de la cardio, on a pas de places, mais on va les prendre. Il faut que ça se sache, on a diffusé les informations dans les équipes, de sorte à ce que les services soient au courant le matin à 8h de ce qu'il y avait à prendre aux Urgences. Parce que à ce moment-là on peut pousser des malades dehors et on peut réajuster les entrées. Donc ça a été le mode d'organisation, sinon on a rien contre les Urgences. On a quelque chose contre le non-programmé, qu'on nous impose. Quand on nous dit : il faut prendre tel malade en cardio, même s'il relève pas de la cardio parce qu'il est aux Urgences, ça, ça ne va pas. On va vider l'hôpital public si on fait ça.

C'est-à-dire ?

Eh bien, nos services ne sont pas des services de post Urgences. Si on nous met des patients qui relèvent de SSR dans nos services, tous les PH vont foutre le camp. C'est notre responsabilité, il y a le court terme, il y a le moyen et il y a le long terme. Il faut comprendre que notre corps de métier c'est la cardiologie pas le post Urgences. Un rythmologue fait de la rythmologie en interventionnelle, il fait de la coro... Vous, vous êtes aux Urgences et si on lui dit : là tu vas déprogrammer trois malades, qu'il avait prévu en coro parce qu'il faut prendre trois malades des Urgences qui relèvent du SSR, alors qu'il n'y a pas de lits de SSR dans la région. Et bien le type il va partir. Et ça il faut le comprendre. Le cardiologue en privé, il va multiplier son salaire par trois.

Ces malades poly-pathologiques, ça vous pose un souci, c'est ça ?

Si c'est au détriment de notre activité, je n'ai pas dit le poly-pathologique, on n'en a du poly-pathologique. Encore une fois on est un CHU, on fait des soins pointus. En cardiologie les PH restent dans l'hôpital civil pour pratiquer ces soins. Si demain on leur impose des malades

non-programmés... attention ! Si on leur donne des malades non-programmés de cardiologie, je pense pas qu'il y aura des problèmes.

Ça fait deux mois que je suis au NHC, Moi je pense qu'effectivement il y a des malades qui relèvent de certaines spécialités, quoi qu'on a pas la même temporalité. Mais vous avez raison, on échange pas et on échange pas sur les difficultés. Quelqu'un qui a, j'ai un souvenir en tête, d'une embolie pulmonaire qui reste 20 heures aux Urgences... On sait que la saturation des Urgences crée de la morbidité. Et en plus une vraie démotivation des jeunes, et à un moment, on va se retrouver comme à Mulhouse ou comme à Dijon, avec une situation compliquée. Et cette saturation des Urgences est liée au « boarding » des lits, c'est-à-dire l'attente de lits d'hospitalisation, l'attente d'exams complémentaires et moi ce que je vois là, c'est que nous n'avons pas la même temporalité. Là, j'ai une dame par exemple aujourd'hui pour ne pas parler de cardiologie, Elle attend dans le couloir une I.R.M. parce qu'on sait pas si elle a une angiocholite ou une hépatite alcoolique. Elle a sa place en gastro-entérologie. Le gastro va me dire : moi je prends la malade. Ça fait 24 heures qu'elle est là....

Mais pourquoi il ne la prend pas ?

Parce qu'ils sont contents, ils nous ont répondu. Il a dit : je la prendrai, mais après que vous ayez fait l'IRM. En fait cette temporalité là...

Est-ce que nous, on fonctionne comme ça ?

Dans certains situations, oui....

Lesquelles ?

Prenons par exemple, les échographies EFNI, (encore une fois on est hors sujet) on a plus envie d'appeler. Quand il faut appeler déjà on se fait recevoir. Et après on attend toute la journée pour qu'à 17heures on nous dise on pourra pas la faire. Je comprends bien que votre cardiologue a d'autres choses à faire mais c'est cette temporalité. Je pense que le cardiologue au téléphone, il avait l'impression d'avoir bien fait son travail.

Le problème de fond c'est la communication. Là, on est en train de s'écharper entre guillemets, mais on est pas responsable. La responsabilité c'est qu'il n'y a pas assez de lits dans cet établissement. Il n'y a pas de SSR. Et nous, on essaye de trouver des situations pour gérer cette pénurie. Nous comme vous, on nous fait tourner avec les moyens qu'on a, et on ne se repose pas. Vous ne vous reposez pas, on ne se repose pas. Il faut mettre le doigt sur ce problème. Parce qu'il y a eu des réductions du nombre de lits dans cet établissement. Il y a pas si longtemps nous avons eu des visites au début du mandat du directeur, en disant il faut réduire le nombre de lits et aujourd'hui il s'en mord les doigts d'avoir dit ça. Aujourd'hui il y a des lits qui ont fermé, il y a des services qui ont fermé, il n'y a plus d'infirmières à des endroits, il n'y pas assez de médecins dans d'autres. C'est ça qu'on gère. On gère la pénurie et c'est triste que ça mène à monter des équipes médicales contre d'autres alors que le problème n'est pas là. Il faut qu'on s'améliore pour communiquer mieux mais il ne faut pas perdre de vue ce point-là. Parce que si nos services sont encombrés aussi, c'est parce que nous n'avons pas de SSR pour sortir les patients qui n'ont rien à faire ici. Les patients qui relèveraient de SSR, de périphériques et qu'il n'y a pas en suffisance dans la région. Je pense que ça c'est un vrai constat et qu'il faut le relayer. On est pas de mauvaise volonté...

Vous savez que des lits devraient être ouverts ?

Je parle des échographistes. S'ils sont comme ça, je pense qu'ils n'en peuvent plus.

Alors là si j'ai besoin d'une écho j'ai un rendez-vous dans trois mois.

C'est triste... Mais pour vous, on en parle ça peut s'arranger. Finalement ça fonctionne comme ça aussi. Comme les lignes de soins quotidiens, les plannings sont saturés de chez saturés et bien quand on a un besoin pressant, on prend son téléphone et on dit : voilà ce malade, est-ce que tu peux passer. C'est comme ça que ça marche, tout fonctionne comme ça. C'est nous qui compensons ce défaut de moyens, par le téléphone et la communication pour justifier la priorité de certains examens par rapport à d'autres. On n'y arrive. Mais ça nous coûte et ce coût, on le paye. Comme dit tout le monde est débordé, tout le monde en a marre.

Est-ce que vous ne pensez pas, que le patient poly-pathologique qui n'a pas de balance universitaire, qui n'a pas un côté où ça n'intéresse pas les médecins et que ça se heurte

quand même à une organisation universitaire ? C'est-à-dire que nous sommes organisés en services d'ultra spécialité ?

On va faire la visite et je vous montre ce que j'ai, il y a des matins où nous n'avons que des malades de 85-90 ans.

Et qui ont plusieurs pathologies ?

Oui bien sûr, le papi qui montre sa troponine et qui finit en cardiologie parce qu'il a un peu de troponine c'est d'une banalité et en fait, il a plein d'autres choses en même temps.

Comment c'est vécu par les équipes ça ?

Pas si mal. Nous ce qu'on vit mal c'est-à-dire que s'il y a une place, on va prendre. Mais le problème c'est quand il y a pas de places. Et aux Urgences quand on dit il nous reste qu'un seul lit qu'on veut garder pour le SAMU, on est pas entendu, pourtant c'est notre cœur de métier. On nous répond t'as qu'à prendre ce malade même s'il ne relève pas de la cardiologie, on ne peut pas entendre ça. On peut pas voir un service que comme des places et des lits. Pour vous les Urgences, les services ce sont des places. Je schématise mais à tel point que le mode de fonctionnement qui est proposé avec la gestion des lits : c'est où est-ce qu'il y a des places et après on discute. C'est un peu vrai ce que je dis... ?

Quand on est en situation de tension oui.

Même hors tension, vous savez exactement où sont les places. Est-ce qu'il vous arrive que vous n'appeliez pas le cardiologue parce que vous savez qu'il n'y a pas de places en cardiologie ?

Moi non, mes collègues, je ne sais pas. Quand il y a besoin d'une hospitalisation en cardiologie ? Non je crois que si on réfléchit comme ça, on est mort. Il faut pas qu'on soit juste gestionnaire de flux. Il faut qu'on dise le malade. Revenons à cette dame de ce matin mais ça c'est intéressant.

Ça c'est un exemple factuel, il ne faudrait pas en discuter avec nous, mais moi je suis

totalemment pour faire des séances ensemble avec le cardiologue et on va se parler. Il faut le faire et on va se comprendre et je pense que ça améliorera les relations entre les deux services. Ça c'est essentiel pour moi. Ça signifie qu'il faut y consacrer une heure de temps en temps. Même si on est débordé.

Je fais une parenthèse, mais j'ai l'impression qu'il y a un ressentiment vis-à-vis des Urgences dans les équipes ?

Non. Ce que je n'aime pas, j'ai fait des rapports là-dessus, il y a parfois des propos qui vont trop loin, il faut garder du civisme. Il y a eu des manifestations d'incivisme avec le SAMU. Il y a eu des gens qui se sont fait traiter, ça n'est pas acceptable. C'est triste parce que le fond du problème ce n'est pas votre compétence, ça n'est pas la nôtre, c'est une tension qui existe faute de moyens ça il faut le rappeler on peut pas dire qu'il y a de la mauvaise volonté. À un moment donné, il y a de la mauvaise foi qui s'installe, ça, ça existe. Et ça si ça arrive une fois, derrière on le paye cash, il faut aussi savoir le dénoncer.

En termes de confiance ?

Oui, si ça arrive chez vous et si on peut pas faire de réunions où, entre les services, on se dit tout, là tu t'es foutu de la gueule du monde, il n'y a plus de management, il n'y a plus d'équipe c'est la loi de la jungle, ça ne peut pas fonctionner. Il faut qu'on soit capable de dénoncer de façon intelligente, constructive, les dérapages. Il y en a parfois. Et là, ça fait le lit, on est plus dans le factuel, quelqu'un a dit ça, ils ont fait ça, et c'est ça qui dégrade les relations. Je n'étais pas là, la semaine dernière, ce matin j'ai demandé comment ça s'est passé la semaine dernière on m'a dit ça s'est bien passé pas de tensions, de places, ou quoi, mais je pense que ces petits mots assassins ça use. L'interne de cardiologie ne vit pas bien son passage aux Urgences. Il n'aime pas aller aux Urgences et puis on m'envoie pour un malade et puis je dois en voir huit. Il y en a certains qui n'ont pas encore été vu, des choses comme ça. Peut-être que tout n'est pas vrai là-dedans, mais il y a du vrai quand même du coup il y a des fois où ils y passent 3-4 heures ou deux heures. Je pense que ces choses-là, existent et qu'elles font le lit après des dysfonctionnements, et du relationnel. Qui ne sont pas grave mais qu'on pourrait traiter facilement

Qui permettrait de fluidifier le parcours, je comprends.

Fluidifier le parcours, peut-être, peut-être pas. Pour fluidifier le parcours j'essaie de mettre des choses en place, de sorte qu'il y ait une meilleure transmission entre ce qui se passe la nuit ou la veille et le lendemain. Là pour le coup l'interne qui fait le bip, le fait toute la semaine, autant la nuit c'est un autre qui fait la nuit si les transmissions sont mal faites la nuit, ou les malades mal cadrés la nuit. En clair il faut qu'on sache le matin ce qu'il y a comme travail au staff. Il faut qu'on sache quel malade, on doit prendre des Urgences et qu'on s'organise. Et je peux vous dire qu'ils bossent. Et venez un matin vous seriez le bienvenu.

C'est à quelle heure votre staff ?

Huit heures.

Pourquoi pas. De toute façon, je vais parler à Pascal de tout ça. D'un point de vue de l'établissement, est-ce que vous voyez une organisation qui pourrait être différente concernant ces patients poly-pathologiques ? Je ne parle pas de cardiologie, je parle des admissions de soins non-programmés qui posent soucis ?

Pour moi il faudrait un service de post Urgences.

Est-ce que vous pensez qu'on trouverait du monde pour ça ?

Et c'est là, où on met le doigt sur les vrais problèmes. C'est exactement ce que j'ai dit au début au président de CME quand ils m'ont harangué avec ces histoires de quotas de lits. Ok très bien, mais là, c'est l'administration qui cherche à sauver ses fesses. Ils ont des pressions qui viennent d'en haut. Il ne faut pas que les malades restent aux Urgences et ils font descendre la pression sur nous tous. Mais au départ le problème ne vient pas de là, il vient du fait qu'il y a un nombre global de lits insuffisants. Et s'il n'y a pas de personnel, c'est que le personnel a été maltraité. Et si aujourd'hui, c'est pas que je protège... Et si on pose la question est-ce qu'il faut déprogrammer de notre activité, de notre discipline dans notre service pour faire du post Urgences, c'est une erreur. On va le payer.

Vos praticiens vont partir ?

Voilà, et on va fermer encore plus de lits. Il faut trouver un équilibre. Le déséquilibre vient de décisions politiques malvenues qui ont fait que des services ont fermé.

Ou que ces patients là, ne sont pas valorisés dans un CHU. Est-ce que vous ne pensez pas qu'il y a de ça aussi ?

Non je ne crois pas, si les lits existent. Ça signifie quoi valorisation on s'en fout. Je vais vous montrer un graphique...ça signifie quoi « valoriser », on s'en fout.

Je ne parle pas de valorisation financière, je parle de valorisation dans l'imagination.

Nous, chaque fois qu'on nous montre ces chiffres de valorisation, on sait que ça ne veut rien dire. Chaque fois, on nous montre autre chose. De six mois en six mois c'est différent.

La valorisation c'est les chiffres de T2A et

Oui tout ça. Que ça rapporte par patient en fonction de la rentabilité du service, quoi qu'on fasse, on est jamais rentable. Ici je ne sais pas le chiffre d'affaires mais après on va nous imputer le coup des blocs, le coût de construction du bâtiment, le parking.... Je ne sais quoi. Et de toute façon on n'est pas rentable. Nous sommes des hospices, nous ne sommes pas une clinique. On veut nous faire croire que nous sommes là pour être rentable, ça c'est un leurre. Comment peut-on nous tenir le discours d'être rentable et de faire vivre les hospices et de prendre en établissement de recours toutes les misères du monde qui arrivent aux Urgences ? Il faut être réaliste, forcément on ne peut pas se comparer à une clinique. Je pense que si vous êtes dans un service où les gens bossent ou ça tourne, vous êtes rentable. Après les chiffres qu'on vous sort, ce n'est pas possible.

Vous ne craignez pas qu'on dise, parce que la majorité des gens qui arrivent aux Urgences en insuffisance cardiaque, ils ont des tableaux associés à d'autres comorbidités. Et vous ne craignez pas que dans ces cas-là, tout irait dans ce service de post Urgences et il y aurait un espèce de tri des malades et les services ne prendraient que ce qui est intéressant entre guillemets ?

Et alors est-ce que ce n'est pas la réalité.

Vous pensez que ça fonctionne déjà comme ça ?

Pour moi, il est à la médecine de spécialités et il y a la médecine générale. C'est de la médecine générale rien d'autre. Pourquoi ça n'existerait pas la médecine générale à l'hôpital ? Pourquoi on ne devrait faire que de la spécialité ? Il y a de la place pour la médecine générale à l'hôpital. C'est de la médecine poly-pathologie gériatrique, c'est ce que font les médecins généralistes.

Et pour vous est-ce qu'il y a une échelle ? C'est un niveau différent ? Pour un CHU ? Il y a quelqu'un qui m'a dit qu'il doit y avoir des services fer de lance, ultraspécialisés, de recherche et séparés des unités à viser d'hospice ?

Pourquoi pas. Il faut voir les parcours derrière. Si vous avez un type qui est ultra performant, qui fait de la recherche dans un domaine super pointu. Tu le laisses aller. Il va faire avancer sa science. Et dans son domaine, tant mieux pour lui. Après on peut également faire des services avec des médecins généralistes qui font de la médecine générale. Où est le problème ?

Ce n'est pas pour opposer.

Il y a de la place pour tout le monde, à partir du moment qu'il y a des lits. Alors est ce que ça doit se faire dans les CHU ou dans les SSR périph' ou autour du CHU, j'en sais rien, peu importe. Après il faut effectivement trouver l'ingrédient pour qu'il y est de l'attractivité.

Vous posez la bonne question. Ces services qui sont gérés actuellement par la médecine interne, sont des services qui ont des grands problèmes d'attractivité.

Je ne parle pas de médecine interne, pour moi la médecine interne c'est déjà plus de la médecine générale. L'interniste est déjà un médecin pointu. Je pense que c'est une dérive. Je sais qu'actuellement ces services prennent 30 malades par jour. On m'a dit que vous hospitalisiez 90 par jour : 30 en UHCD, 30 en médecine interne et 30 en spé'.

Ça me paraît beaucoup 30 en médecine interne.

C'est les chiffres que m'a donné Madame Sammour. Non, la médecine interne, ils font de l'immuno, ils font de l'infection, c'est quand même la référence de la région. On ne peut pas leur faire faire de la médecine générale. Il faut s'en rendre compte, sinon on nivelle par le bas. Il faut que les services puissent, dans leur domaine, exercer au top de leur domaine.

Et vous pensez que ce n'est pas compatible ? Parce qu'en médecine interne, il y a un vrai débat autour de ça.

Non, ce n'est pas leur corps de métier. Il faut respecter leur corps de métier. Ils ont fait des études, leur spécialisation, ils ne sont pas arrivés là par hasard, internat, clinicat, DEA.... Il faut respecter ce parcours de carrière. C'est là, que vous démotivez tout le monde, si vous demandez à tout le monde de faire....

Est-ce que vous en avez déjà parlé avec Weber de tout ça ? Ils considèrent que ce qu'ils appellent situation fréquente en médecine interne...Il y a l'ultra spécialisation, mais pour eux, il trouve ça très intéressant d'avoir de la démarche diagnostique sur des situations complexes, d'adapter des traitements etc. avec des gens qui sont au cœur de différentes pathologies.

Ça ne va pas contre ce que je dis. Ce que je veux dire, c'est que d'une façon générale il faut considérer le CHU dans une région, comme le porte-avions. C'est là, le centre de référence, c'est là qu'on est pratique les soins les plus pointus et si on ne laisse pas pratiquer à ces gens des soins pointus, parce qu'ils font de la médecine générale pour moi ça cloche. Pour moi, c'est pour le bien de tout le monde ce n'est pas pour faire de l'élitisme. Ça n'a rien à voir avec ça. C'est juste pour tirer vers le haut et il faut donner des moyens pour qu'il y ait des services de médecine générale.

Et comment rendre attractifs ces services ?

Avec de l'argent. Si vous avez assez de lits, si vous n'avez pas trop de pression, vous mettez assez d'effectifs, les gens font leur boulot. Vous leur faites faire les 3 × 8, ils s'y retrouvent, ils

ont leur paie, leurs congés, c'est pas si mal. Il ne faut pas être embêté par les problèmes administratifs genre, je n'arrive pas à placer ce malade. Ce problème que vous avez là aux Urgences, nous l'avons aussi. Nous n'arrivons pas à placer les malades. On passe aussi du temps à remplir des dossiers. En définitive, on gère la pénurie vous et moi. Est-ce qu'actuellement c'est franchement ce serait un coup énorme pour l'hôpital d'avoir 30 lits pour la médecine post Urgences.

Ils sont censés être ouverts mais il ne trouve pas de personnels.

Le personnel paramédical ça devrait s'arranger, le personnel médical, vous êtes urgentiste. Maintenant on dissocie, ça c'est une erreur aussi, la médecine d'urgence et la médecine générale. C'est une aberration. Parce que ça mène à des impasses de carrière, un urgentiste qui en a marre des Urgences après 10 ans qu'est-ce qu'il va faire ?

Pourquoi on dirait ça d'un urgentiste et pas d'un cardiologue ?

Parce que c'est fatiguant de faire des urgences. Bon vous, ça fait peut-être plus de 10 ans que vous le faites. Mais moi, je pense que là, on a de nouveau voulu faire du court terme. Et on va le payer au long terme. Et pourquoi on fait du court terme, c'est parce qu'on a voulu alimenter des filières, pour qu'il y ait du personnel dans les services, et forcément il y a des jeunes qui rentrent là-dedans puisque c'est filiarisé. Je sais pas moi voyez ce qui s'est passé à Mulhouse. Ils sont tous partis, c'est un gouffre.

Mais pourquoi c'est un gouffre ? Je pense que c'est un gouffre parce que ça a été mal organisé.

Aussi, mais moi je pense qu'un médecin qui a 26 ans et qui choisit de faire des Urgences et bien je pense qu'à cinquante ans, s'il a une voie de sortie par la médecine générale Ça permet d'aborder une carrière dans plus de sérénité. Alors que de lui fermer les portes pour la suite c'est absurde.

Et bien je ne trouve pas, parce que justement, c'est ce que vous disiez tout à l'heure, la vision des Urgences en 3-8 ou en 2 × 12 h, c'est une vision archaïque. Vous le disiez tout à

l'heure vous-même, ça ne marche pas. Il faut que ça change. Il faut qu'on puisse proposer d'autres choses, regardez il y a l'UHCD.

Je ne suis pas sûr que vous arriverez à revenir en arrière dans des pays comme en Allemagne, ça fonctionne comme ça.

Aux États-Unis les urgentistes font leur carrière aux Urgences. On peut tout à fait imaginer des postes...

Mais attendez, vous avez vu les salaires des médecins urgentistes aux États-Unis ?

Oui des médecins globalement.

Ils touchent 2 millions de dollars par an, ils ne font plus de gardes etc.... ça c'est de l'idéalisme. Je ne suis pas sûr qu'on entre en France dans une carrière d'urgentistes, je ne suis pas sûr que ce soit pour tous des vocations, de vraies vocations. Je me trompe ? Je ne sais pas. Il faudrait regarder les classements dans les DECN.

Est-ce que le classement reflète la vocation de la personne ?

Oui, un peu quand même. Je ne sais pas, mais ça m'inquiète. Je pense que cette filiarisation, ça m'inquiète. Pourquoi, parce qu'on ne laisse pas le choix finalement. La filiarisation, c'est enlever les choix aux gens. Et c'est pas bien. On en a pas besoin dans le fond. Ça ne change rien en termes de compétences. Un urgentiste doit aussi être un bon médecin généraliste, ce ne sont pas des fonctions antagonistes. Un bon médecin généraliste n'est pas forcément un bon urgentiste mais dans l'autre sens pour moi oui.

Actuellement je me sentirais bien incapable de faire de la médecine générale.

Pourquoi ?

Suivre des diabétiques, équilibrer des hypertenseurs, les insuffisants cardiaques, les traitements....

Ça c'est un problème et je pense que c'est un problème pas en médecine générale, parce qu'ils sont en train de revoir la maquette, aux Urgences je ne sais pas. Mais je pense qu'on doit être compétent en médecine générale, c'est pas si compliqué.

Je l'ai su, je le savais. Mais ça a quand même bien changé en 15 ans que j'y suis, alors si ça n'a pas changé en 15 ans, oui. Encore une fois en ne pratiquant pas ça me paraît quand même compliqué.

Non, ça n'a pas changé....

Mais je pense que les jeunes qui arrivent là, nous imposent un devoir pour nous, les quadras. On a un devoir d'organiser mieux notre discipline, sinon on se tire une balle dans le pied. C'est ce que je dis par exemple par rapport à Mulhouse il faut arrêter d'envoyer des jeunes là-bas. J'y suis allé une fois par mois ces derniers temps mais là, je ne peux plus je n'ai pas le temps, mais j'y allais aussi pour les internes en disant il faut arrêter d'envoyer des internes là-bas, c'est un gouffre. Ils sont sans assistance, ils sont cramés, ils sont là un an et ils vont faire du SSR. Il y en a même un qui arrête la médecine. Et de rester dans cette organisation des Urgences où les gens restent 12 ou 24 heures ou 36 heures, c'est complètement démotivant pour ces jeunes qui vont se barrer. On a une obligation presque morale de dire : il faut qu'on soit capable de mieux s'organiser pour les garder.

Oui mais l'organisation, elle a ses limites. Après en fonction des moyens qu'on nous donne. Voyez, vous il vous faut des lits de post Urgences. Il n'y a pas assez de lits en post Urgences, vous allez les chercher dans les lits de spé', oui, mais attention, nous on veut pas non plus fusiller nos équipes. Donc tant qu'on aura pas ces lits de post Urgences, on n'aura pas réglé le problème. On peut se parler, on peut se dire ces choses, ça fera du bien à tout le monde. Mais je pense qu'on ne peut pas non plus s'exposer à démonter un service. Nous, notre vocation, notre plus-value en cardiologie au CHU, ce n'est pas de faire du post Urgences, on en fait un petit peu. Ou alors c'est que la politique, les gens sont tout là-haut, assis sur leurs fesses sur des ronds de cuir, c'est de tuer l'hôpital. De faire de l'hôpital un hospice avec que des services de post Urgences et de mettre toutes ces activités dans le privé. C'est ça la volonté ?

Vous pensez que c'est ça la volonté ?

Oui ça peut oui. C'est possible....

C'est à nous aussi de se battre pour que ça ne le soit pas. Moi aux Urgences, je n'ai aucun intérêt à avoir que du post Urgences à l'hôpital.

Oui, mais il faut en être conscient.

Je pense qu'on l'est. En tout cas la première étape de ce travail, c'était de comprendre les différentes visions. J'ai un peu saisi.

Je pense qu'il faut travailler les échanges, j'en suis favorable, au staff.... Et puis il faut qu'on arrive à se parler avec respect dans un sens comme dans l'autre. Ce sera déjà une grande étape. Un grand pas en avant. Il ne faut pas perdre de vue l'origine de nos tensions. Demain, on va peut-être avoir une épidémie de coronavirus...Vous allez voir...vous savez dans l'équipe quand je leur parle, ils se mobilisent, c'est ce que j'ai écrit au président de CME, ils sont réactifs. On leur dit un matin, il y en avait 8 à prendre, on l'a été pris, tout était pris. Donc, il faut que l'information passe, et après c'est à nous de nous organiser.

Vous avez raison c'est ce qu'il manque, on est tous le nez dans le guidon et on ne se connaît pas.

Oui, voilà, on est tous le nez dans le guidon. Nous on s'efforce de faire un staff hebdo. On se voit tous les matins, c'est vachement important. On se parle. Parce qu'on est des êtres humains et l'être humain a besoin de communiquer. Après ça se heurte à des difficultés de rassemblement des équipes, ça c'est dommage ! Moi aussi je lutte contre ça, pour organiser un staff c'est compliqué, parce que chacun à ses actes, ça tourne non-stop, ça s'arrête jamais.

Si on crée une unité dite de « post Urgences », je ne sais pas comment elle pourrait s'appeler. Mais vous avez bien compris que c'est une unité où il y a des malades avec de la poly-pathologie, avec de la médecine polyvalente.

Des malades que vous avez du mal à placer, en clair.

Voilà, on pourrait être amené à avoir besoin pour ces malades là, besoin d'examens complémentaires, d'avis.... Est-ce qu'on pourrait imaginer des filières favorisées ?

Favorisées oui.

Ce que tout le monde craint c'est qu'on dise que ça va dans cet endroit-là et ça ne concerne plus personne. Il ne puisse plus avoir...

Je pense que les malades qui arriveront là, auront été examinés. Ce que je veux dire par-là, c'est qu'aux Urgences, vous avez par exemple, les scanners assez facilement. Pour moi, le malade qu'on va mettre là, c'est le malade qu'on aura catégorisé, lors de son séjour aux Urgences, déjà c'est très bien, avec les éléments d'exploration disponibles, dans les premières heures, qui vont de la biologie jusqu'à un scanner de je ne sais quoi, voir l'écho, qui est quand même faite dans les premières 24 heures (rappelez- vous qu'il y a la filière gériatrique, c'est fait tout de suite.) je ne suis pas sûr que ce soit un facteur limitant, l'écho aujourd'hui. Alors parfois c'est vrai que si à l'écho on ne vous accueille pas avec les bras ouverts, quand il y a une demande d'écho supplémentaire c'est parce que c'est du travail supplémentaire. Et on ne sait pas où le mettre. Je pense qu'il faut travailler la filière en amont, je pense que les malades que vous allez mettre là, la bonne stratégie c'est comme je dis au staff : c'est qu'il faut que les malades soient cadrés. Nous, on nous demande un avis, il faut cadrer le malade. L'interne le voit, le senior le voit, on sait ce qui relève de cardio parce qu'il y a une plus-value à mettre en cardio ou non, si c'est le cas on prend en cardio, si c'est pas le cas il rentre chez lui ou alors il y a telle ou telle autre chose à régler. C'est ça la médecine générale, il faudra 2-3 jours pour régler une insuffisance cardiaque ou autre chose, une pneumopathie, une anémie. Je pense qu'en post Urgences, il faut faire des choses simples, il faut remettre le malade sur pied, il ne faut pas chercher à faire des diagnostics trop complexes parce que si ça avait été ça l'objectif, le malade aurait été dans un service de spécialité. Pour moi c'est plus de la médecine générale gériatrique. C'est du réglage quoi. C'est plus comme ça que je vois.

Je pense qu'on va se heurter aux difficultés de

Et au post CHU, c'est-à-dire le SSR.

Alors oui ça le SSR c'est un vrai problème. Mais je pense qu'avec cette unité il faudra quand même l'utilité d'avoir des diagnostics.

Oui mais diagnostic qui sera fait aux Urgences. Après oui, il y aura besoin d'autres examens peut-être. Mais mon sentiment....

C'est de la médecine interne ?

Oui mais pour moi la médecine interne c'est déjà plus compliqué. Ces post Urgences...c'est comme les malades que vous prenez à l'UHCD un certain nombres rentrent à domicile non ?

Il y a 60 % de taux d'hospitalisation à partir de l'UHCD. C'est l'antichambre de l'hospitalisation.

D'accord il y a quand même 40 % qui rentrent, c'est pas mal quand même. Sur 30 lits ça vous en fait tous les jours une quinzaine. C'est ça qu'il faut calculer.

Il y a 19 lits ça fait 6-7 sorties par jour.

Il faudrait analyser ça en fonction du nombre de malades. Nous, on est là pour vous aider à les mettre dehors, parce que je pense que souvent dans une spécialité donnée, en cardio en particulier, s'il n'y a pas l'aval du cardiologue, on est hésitant à le laisser rentrer parce qu'il a un rythme cardiaque rapide etc. Les prises en charge de cardiologie se sont simplifiées sur certaines thérapeutiques. Mais tel que je le perçois à mon avis ces malades, il faudra une réflexion avec la direction, ce sont des malades qui ne relèvent plus tellement de l'exploration complémentaire plutôt d'un traitement, soit d'un RA D après 2-3 jours, soit d'un SSR. En fait je verrai ça plus entre les Urgences et le SSR pour ce service, Que l'UHCD c'est RAD ou services. Là ce serait plutôt en SSR pour beaucoup.

Je crois que la vraie question, ça va être bien sûr quels malades etc.... mais aussi comment on attire des médecins dans ces structures là dans un CHU. C'est à dire que quelqu'un qui va être intéressé, un médecin qui va être intéressé par faire de la médecine comme vous dites, il va aller dans un SSR, ça va être plus simple, plus pépère. Là, il faut qu'il ait une plus-value, qu'ils se disent : là, je suis dans un CHU. Et la vraie question

c'est : comment est-ce qu'on valorise en termes d'images une unité comme ça, pour qu'elle n'est pas une image ou un ressentiment d'être. Et c'est ce que quelqu'un m'a dit, en parlant de la médecine interne qui prend ces malades poly-pathologiques est la poubelle. Il ne faut pas le dire ça et il ne faut pas le laisser transparaître.

Oui je pense qu'il ne faut pas laisser dire ça. On ne peut pas dire que...le malade n'est pas un détrit. Le service n'est pas ça.

Je suis tout à fait d'accord avec ça. C'est complètement scandaleux. Vous savez que, une interne de spécialité qui parlait d'un malade et qui disait que c'est une « croquette » ça m'a vraiment choqué.

Oui je l'entends beaucoup. Ça je l'ai déjà entendu même dans mon service. Je ne sais même pas ce que ça signifie.

Je lui ai dit, je croyais d'abord que c'était un truc lié à un examen complémentaire.

Je sais exactement de qui ça vient ce terme là.

Mais c'est pas méchant, je crois vraiment que c'était pas dit méchamment.

Mais c'est une connotation.

C'est un état d'esprit des gens. C'est à dire que Médicale B c'est quoi l'opinion des internes sur la médicale B ?

Non, c'est pas ça. En fait, c'est un terme qui est employé pour dire qu'un malade va arriver dans le service et qu'il va occuper un lit sans profiter entre guillemets de la plus-value du service et qu'on va avoir du mal à faire sortir du service. C'est ça le terme. Je ne sais même pas ce que ça signifie dans l'absolue. Après le terme de poubelle, ce n'est pas acceptable. Il faut peut-être mettre des gériatre dans ce service. Il faut travailler sur ces populations qui ne sont pas forcément qu'inintéressante, c'est un métier la gériatrie.

Alors, pour avoir fait le.... Je pense, qu'ils se sont vraiment bien dispatchés les rôles.

C'est à dire qu'il y a la gériatrie avec Monsieur Kaltenbach : il dit nous, notre plus-value c'est la perte d'autonomie et le trouble cognitif et là on peut vraiment faire de grosses bêtises, je pense en termes de réflexion et puis en plus ils y ont une charge en termes de kiné, d'ergothérapeute, pour ça, c'est leur rôle et avec l'explosion des personnes âgées avec le « papyboom ».

On dit que ce sera fois trois dans les 20 ans.

Oui donc là, ils ont largement assez de boulot, pour cette partie-là.

Alors qu'il faut des lits

Alors qu'ils sont censés en rouvrir, tout du moins pour cette partie-là.

Du boulot mais ils n'ont pas de médecins et ils n'ont pas de personnel. Ça crée une équation qu'on arrive pas à résoudre. C'est vrai que pour moi, l'attractivité de cette activité, je ne sais pas. Il y a des vocations en gériatrie, il faudrait peut-être proposer ça à des médecins généralistes, faire des équipes combinées avec des gens où les gens se parlent ; il y a des échanges de compétences. Un peu des deux.

Participer à des travaux de recherche.

Aussi oui, bien sûr. L'excellence, surtout en gériatrie, il y a des idées dans ce domaine. Oui c'est vrai pour demain on a besoin de ça, on a besoin de ces effectifs. Et puis nous, on peut travailler sur notre communication et échanger. Moi quand j'entends partir un bruit, je dis : je ne veux pas entendre ça, je veux des faits. Tu dis ça mais le malade s'appelait comment, qu'est ce qui s'est passé, quel était l'interlocuteur, plutôt que de laisser diffuser des bruits de couloirs, untel il a fait ci. Non, dis-moi ce qui s'est passé précisément, on l'écrit et je le fais remonter. Il faut que nous, responsables de services, on apprenne aux gens à être responsable, dans ce qu'ils font et dans ce qu'ils disent et dans la façon dont ils traitent les informations qu'ils diffusent. Ça ne doit pas devenir le téléphone arabe, ça c'est extrêmement délétère. Je pense qu'avec Pascal, on se comprend assez bien sur ce registre. Ça fait des années qu'on en parle le staff commun, mais on ne le fait pas.