

# RESTITUTION DES ENTRETIENS AUPRÈS DES CHIRURGIENS PÉDIATRIQUES

SIX ENTRETIENS POUR MIEUX CONNAÎTRE LE QUOTIDIEN  
DES CHIRURGIENS PÉDIATRIQUES

JUIN 2024



JOY RAYNAUD, Consultante spécialiste de l'accès aux soins et des inégalités territoriales de santé. Docteur en géographie et aménagement du territoire. Conduite de l'étude.

DR MARIE-CHRISTINE MAXIMIN, Chirurgien Pédiatre et Présidente du CNP CEA Conseil National Professionnel de la Chirurgie de l'Enfant et de l'Adolescent.

DR HÉLÈNE LE HORS, Chirurgien Pédiatre et Secrétaire du CNP CEA Conseil National Professionnel de la Chirurgie de l'Enfant et de l'Adolescent.

## OBJECTIF ET MÉTHODE

Un **premier rapport**<sup>1</sup>, paru cette année, établit un diagnostic afin de visualiser, comparer et comprendre les dynamiques démographiques des chirurgiens pédiatriques depuis 2012. L'objectif est d'observer leur répartition, leur densité et leur maillage à l'échelle des départements et de mettre ces dynamiques en perspective avec celle des autres spécialités chirurgicales. Ces premiers éléments d'analyses visent également à anticiper l'évolution de l'offre et des besoins afin d'améliorer l'accès et la qualité des soins pour les enfants.

Le **deuxième volet** de notre étude est une enquête<sup>2</sup> auprès des chirurgiens pédiatriques afin de recueillir des indicateurs inédits concernant l'accès aux soins (délais pour une consultation ou une opération) et les conditions d'exercice des chirurgiens (temps de travail, permanence des soins, consultations avancées, ressenti).

Le présent rapport, **troisième volet** de nos travaux, comprend la restitution exhaustive d'entretiens des chirurgiens pédiatriques. Cette approche qualitative, à travers des entretiens semi-directifs<sup>3</sup> d'une durée de 30 minutes a pour objectif de recueillir, de façon anonyme, le ressenti des chirurgiens concernant :

- Le choix de leur spécialité ;
- Les éléments motivants et les difficultés rencontrées au quotidien ;
- Leurs recommandations pour améliorer ces difficultés ;
- Leur perspective à un horizon de trois ans.

Il s'agit d'illustrer, de comprendre et de communiquer sur le vécu des chirurgiens pédiatriques. Parmi ces six entretiens, deux sont effectués auprès de chirurgiens dont l'activité principale est à **l'hôpital**, deux dont l'activité principale est en **établissement privé** et deux qui ont **abandonné l'activité** de chirurgie pédiatrique.

## REMERCIEMENTS

Nous remercions chaleureusement les chirurgiens qui ont consacré du temps à notre étude. Leur confiance nous a permis de recueillir de **précieux témoignages**, utiles à l'ensemble de la profession. Nous les remercions également pour leur relecture attentive de la transcription des entretiens et leur validation afin de s'assurer de la fidélité des propos.

---

<sup>1</sup> CNP CEA, Analyse démographique des chirurgiens pédiatriques en France, Dynamiques entre 2012 et 2023 en France, Janvier 2024.

<sup>2</sup> CNP CEA, Enquête auprès des chirurgiens pédiatriques, Accès aux soins et conditions d'exercice en France, Juin 2024.

<sup>3</sup> L'entretien semi-directif est une méthode de recherche qualitative très utilisée dans les domaines des sciences humaines et sociales. Cette approche permet d'obtenir des données riches et détaillées sur les opinions, les croyances et les motivations des individus étudiés. Un entretien semi-directif est une conversation entre le chercheur (ou l'enquêteur) et la personne interrogée (ou le participant), où le chercheur pose des questions ouvertes et non directives, et laisse le participant s'exprimer librement. Le but de cette méthode est de recueillir des informations précises et nuancées sur les expériences, les perceptions et les connaissances des participants sur un sujet donné.

## 1<sup>ER</sup> ENTRETIEN ANONYMISÉ

### Pourquoi avez-vous choisi la spécialité chirurgie pédiatrique ?

Il y a deux mots : chirurgie et pédiatrique. J'ai tout d'abord choisi de faire de la chirurgie plutôt que de la médecine. Cette décision se prend avant l'internat. À mon époque, il y avait 4 choix dont les 2 principaux, la médecine et la chirurgie. Or j'avais fait le choix de faire médecine pour devenir médecin généraliste. Je suis issu d'un milieu modeste et je n'avais pas du tout l'ambition de devenir chirurgien et encore moins professeur.

Il s'est trouvé que mes premiers stages hospitaliers en 4<sup>ème</sup> année de médecine, ont été des stages de chirurgie. Je ne savais pas ce qu'était la chirurgie, il n'y avait aucun chirurgien dans ma famille, mais j'ai aimé cela et mes maîtres de stage m'ont trouvé intéressé et doué. Effectivement, il y avait un côté pratique, très concret pour résoudre des problèmes. Cela est parfois difficile à vivre car lorsqu'on se trompe, c'est également très concret : nous sommes les seuls responsables et c'est cette responsabilité directe que j'apprécie aussi.

**« Il y avait un côté pratique, très concret pour résoudre des problèmes. Mais cela est parfois difficile à vivre car lorsqu'on se trompe, c'est également très concret : nous sommes les seuls responsables et c'est ce que j'apprécie »**

J'ai donc commencé mon internat en chirurgie et mon premier stage était en chirurgie générale. Une activité non négligeable concernait la chirurgie pédiatrique et je me suis aperçu que la chirurgie de l'enfant était quelque chose qui me plaisait pour plusieurs raisons. La première, c'est une chirurgie généraliste avec une prise en charge globale très intéressante. Deuxièmement, il fallait étudier les malformations congénitales et donc l'embryologie, comment se fabriquait l'organisme, comment les anomalies apparaissaient et comment corriger une malformation congénitale. Sur le plan intellectuel, cela était passionnant et c'est notre cœur de métier, nous sommes presque les seuls à le faire. Tous ces éléments m'ont conduit à choisir la chirurgie pédiatrique. Mais à l'époque, ce n'était pas simple parce qu'il y avait très peu de places alors j'ai fait deux diplômes, celui de chirurgie générale et celui de chirurgie pédiatrique si jamais je ne trouvais pas de place en pédiatrie. Je suis très heureux d'avoir choisi cette spécialité et je ne l'ai jamais regretté.

**« Je suis très heureux d'avoir choisi cette spécialité et je ne l'ai jamais regretté »**

## Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans votre profession et quelles sont vos principales difficultés au quotidien ?

Ce qui me plaît le plus reste le cœur de mon métier et le fait qu'après 30 ans d'expérience il continue à y avoir des cas où je me creuse la tête. Après avoir vu des milliers de patients, il y a encore des enfants pour lesquels je ne comprends pas bien ce qu'ils ont. Nous avons beaucoup de maladies rares et donc de malformations rares, nous sommes obligés d'avoir une culture des malformations rares et il est difficile de tout bien connaître. Je trouve que c'est génial à mon âge d'avoir de nouveaux cas et mon métier m'enthousiasme toujours autant. Bien sûr, il y a une grande partie de routine avec de nombreuses de choses que nous maîtrisons parfaitement.

**« Je trouve que c'est génial à mon âge d'avoir de nouveaux cas et mon métier m'enthousiasme toujours autant »**

**« La consultation de transition est toujours un moment émouvant pour les parents et l'enfant »**

La seconde chose qui est très sympathique, c'est le relationnel avec les enfants et leurs familles. Certes, il y a beaucoup de patients que l'on ne voit qu'une fois pour une opération. Mais il y a aussi toutes les pathologies congénitales que l'on prend en charge dès la naissance, car les enfants sont souvent opérés très rapidement. Puis on les suit pendant toute la vie pédiatrique, c'est à dire jusqu'à l'adolescence. Et on fera une

consultation de transition pour la médecine d'adulte afin de maintenir le suivi de ces patients chroniques. Ce suivi est multidisciplinaire, avec d'autres collègues pédiatres suivant les pathologies pédiatriques, ce qui est aussi très intéressant. La consultation de transition est toujours un moment émouvant pour les parents et l'enfant. Ces deux éléments font que ce métier me plaît beaucoup et que c'est très enthousiasmant.

Concernant les difficultés, j'ai la chance d'être dans une équipe qui est vraiment très bien et je n'ai donc pas de difficultés relationnelles. Mes collaborateurs sont formidables et c'est un vrai bonheur. Mais le fait d'être dans un hôpital public constitue une difficulté : il y a un manque de réactivité et des contraintes budgétaires majeures. Les conséquences de

**« Mes collaborateurs sont formidables et c'est un vrai bonheur »**

**« L'hyperspécialisation par les réformes de l'internat n'a pas été anticipée »**

l'hyperspécialisation par les réformes de l'internat n'ont pas été anticipées. La filialisation des études de médecine, de chirurgie, puis chaque spécialité de chirurgie font que les chirurgiens qui sont formés actuellement sont hyperspécialisés. Un chirurgien viscéral, un urologue, un orthopédiste ne fait plus de pédiatrie. Toute la pathologie courante de chirurgie pédiatrique qui était faite par les

chirurgiens généralistes (par exemple, l'appendicite, la fracture de poignée) n'est plus prise en charge localement, avec des transferts pour les chirurgiens pédiatres. Nous avons donc une augmentation significative des pathologies issues des urgences sans que notre capacitaire d'hospitalisation ait

**« Nos urgences pédiatriques augmentent de 5% par an depuis 20 ans »**

changé pour autant. Nos urgences pédiatriques augmentent de 5% par an depuis 20 ans. On a doublé nos taux d'appendicite et d'appendicectomie en 10 ans. Nous avons également doublé toutes les pathologie inguino- scrotales et celles de traumatologie.

**« Par manque de capacité, quasiment tous les jours, nous devons déprogrammer des patients alors qu'il n'y a aucun problème de bloc opératoire »**

On a voulu améliorer la qualité de l'accueil avec des infirmières spécialisées, des puéricultrices, la charte de l'hospitalisation de l'enfant, etc. Les petites structures avec deux ou trois lits au milieu d'un service pour adulte n'existent plus. C'est pour cela qu'il y a eu la création des réseaux pédiatriques et c'est une bonne chose. Cependant, par manque de place d'hospitalisation, quasiment toutes les semaines,

nous devons déprogrammer des patients alors que nous sommes l'une des rares équipes en France où il n'y a pas de problèmes de places au bloc : nous avons réussi à augmenter notre capacité et nous avons les personnes qu'il faut pour opérer. Je me démène pour augmenter notre capacité d'accueil, mais c'est évidemment difficile, et au prix de nombreuses discussions. Parallèlement, nous avons diminué nos durées d'hospitalisation de manière phénoménale, on a fait tout ce qu'il fallait pour « rentabiliser » nos flux de patients. Nous menons un travail sur les réseaux de chirurgie pédiatrique sur plusieurs établissements, nous souhaitons former des chirurgiens afin qu'ils puissent mieux prendre en charge des enfants et qui nous adressent leurs patients en cas de difficulté. Il s'agit d'un point crucial.

### **Selon vous, quelles solutions prioritaires faudrait-il mettre en place ?**

Il faut augmenter le capacitaire et notamment en soins intensifs car il a également été sous-évalué. Cela a notamment été révélé lors du COVID et des épidémies hivernales qui ont suivi, et à présent les autorités sont d'accord pour le faire. En pratique, nous réfléchissons pour agrandir notre bâtiment afin de pouvoir accueillir des malades supplémentaires, cela coutera plusieurs millions d'euros, mais le capacitaire en soins intensifs et en réanimation est essentiel avec une sous-dotation régionale actuelle qui est reconnue. Nous pourrons ainsi faire plus facilement toute la traumatologie lourde et la chirurgie lourde grâce à cela.

**« Il faut augmenter le capacitaire et notamment en soins intensifs car il a également été sous-évalué »**

Nous devons également mettre en place des réseaux de chirurgie pédiatrique pour qu'il y ait des centres avec des chirurgiens qui soient bien formés à la pédiatrie comme cela a été dit précédemment.

**« Pour pouvoir prendre en charge la permanence des soins : à moins de 5 par spécialité, c'est compliqué »**

Une troisième solution est que nos équipes soient suffisamment étoffées pour pouvoir prendre en charge la permanence des soins : à moins de 5 par spécialité, c'est compliqué. Là nous sommes 5 avec le chef de clinique, cela signifie 1 astreinte tous les 5 jours et un weekend par mois : on est bon. Mais c'est

très fragile car dès que quelqu'un a un problème ou bien en période de vacances scolaires, nous pouvons nous retrouver avec une astreinte tous les 2 ou 3 jours.

Cette analyse concerne la chirurgie viscérale mais c'est la même chose pour la chirurgie orthopédique pédiatrique. Et il est difficile de faire comprendre à l'administration qu'il faut 2 listes d'astreintes pour 10 chirurgiens. Dans une autre ville à proximité de la nôtre, il y a seulement 2 chirurgiens viscéraux et un chirurgien orthopédiste, évidemment la permanence des soins est très problématique : ils sont forcés de passer leur vie à l'hôpital et cette situation est intenable.

**« Et il est difficile de faire comprendre à l'administration qu'il faut 2 listes d'astreintes pour 10 chirurgiens »**

### Comment vous projetez-vous dans trois ans ?

**« J'aimerais que mon équipe soit suffisamment nombreuse et formée pour couvrir l'ensemble des pathologies qui nous sont soumises »**

Je prépare ma retraite qui arrive bientôt : j'aimerais que mon équipe soit suffisamment nombreuse et formée pour couvrir l'ensemble des pathologies qui nous sont soumises.

C'est vrai que certains pensent à arrêter leur activité bien avant la retraite. On a une vraie fuite : 10 à 15% des gens s'arrêtent au cours de leur profession et ce phénomène s'est renforcé au cours des dernières années. C'est un témoin, s'il en fallait un, de la souffrance des équipes dans les hôpitaux publics. On a eu une personne qui s'est arrêtée du jour au lendemain et cela n'a pas été facile à gérer. Elle avait un poste avec une activité dédiée, il y avait tous les critères pour une vie professionnelle réussie. Mais elle n'a pas supporté la lourdeur administrative, les difficultés pour avoir du matériel alors que nous sommes dans un hôpital qui est plutôt efficace, avec des relations administratives qui ne sont pas complexes et nous ne sommes pas en déficit.

Nous avons été impliqués dans les assises de pédiatrie et la chirurgie pédiatrique n'est pas très représentée. Il existe beaucoup de pans à la thématique de l'enfant en France : la pédopsychiatrie, la médecine scolaire, la maltraitance, etc. Ces sujets sont nombreux et majeurs et donc nous comprenons bien que nous, les chirurgiens, nous ne faisons qu'une faible partie de l'activité de la pédiatrie. Mais nous avons des spécificités et je pense que c'est une très bonne chose que le CNP CEA mène ces études sur la démographie et l'accès aux soins en France car nous pourrions alors disposer d'arguments formels, de rapports faits au sein de la spécialité permettant d'étayer l'état des lieux de la démographie, l'état d'esprit des chirurgiens pédiatriques, notre vision. J'espère que ce travail argumenté permettra de faire avancer les choses. En tout cas, on ne pourra pas nous reprocher de ne pas avoir effectué ce travail pour tous nos collègues.

**« Je pense que c'est une très bonne chose que le CNP CEA mène ces études sur la démographie et l'accès aux soins en France car nous pouvons alors disposer d'arguments formels, de rapports faits au sein de la spécialité »**

Ma seule inquiétude liée à mon départ concerne la génération d'après qui doit encore exercer pendant des décennies, que va-t-elle devenir ? Les conditions d'exercice professionnel, la qualité des soins, c'est ce qui nous inquiète lorsque l'on quitte la profession. C'est important d'y travailler pour préparer l'avenir des enfants.

« Ma seule inquiétude liée à mon départ concerne la génération d'après qui doit encore exercer pendant des décennies, que va-t-elle devenir ? »

## 2<sup>ÈME</sup> ENTRETIEN ANONYMISÉ

### Pourquoi avez-vous choisi la spécialité chirurgie pédiatrique ?

Dès la 1<sup>ère</sup> année de médecine, à l'âge de 18 ans, j'ai eu la chance d'aller au bloc opératoire et je ne connaissais absolument pas ce qu'était la chirurgie. L'aspect manuel m'intéressait et depuis, j'ai toujours voulu faire chirurgie et j'ai trouvé que l'orthopédie était concrète, mécanique et comme je suis cartésien c'est quelque chose qui me plaît. J'aimais également l'ambiance dans les services de chirurgie ainsi que la façon de voir les choses. J'ai donc travaillé pour avoir l'internat de chirurgie orthopédique adulte. Puis au deuxième semestre, j'ai fait un stage dans un petit service de chirurgie pédiatrique où on était deux chirurgiens et un seul interne. Et le chef de service m'a donné envie de faire cette spécialité-là, alors que je ne savais pas qu'elle existait. Et comme j'avais adoré un précédent stage en pédiatrie, cela m'a beaucoup plu de pouvoir faire de la chirurgie pédiatrique auprès des enfants.

« Le chef de service m'a donné envie de faire cette spécialité-là, alors que je ne savais pas qu'elle existait »

### Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans votre profession et quelles sont vos principales difficultés au quotidien ?

Le plus agréable est que la chirurgie pédiatrique est très générale et nous suivons, nous connaissons les patients de 0 jusqu'à 15 ans et leurs familles. Ce matin en consultation, j'ai vu 15 gamins et parmi eux, j'en connaissais 12 depuis 10 ans. C'était très agréable, ils sont contents de venir nous voir, il y en a même qui me tutoie à force d'avoir opéré, c'est très convivial. Nous pouvons observer la croissance, l'évolution des enfants et ce suivi est très intéressant. J'ai la chance de faire une activité très variée qui comprend le membre supérieur, le membre inférieur, le bassin, etc. J'ai des cas très différents et il n'y a pas de routine. Ce n'est pas comme les chirurgiens d'adultes qui ne font que la prothèse de hanche ou la prothèse du genou. Je peux faire une ostéotomie de bras, puis une chirurgie du bassin, puis un clou pour allonger une jambe et une réduction de tumeur, ce qui est très intéressant.

« Nous pouvons observer la croissance, l'évolution des enfants et ce suivi est très intéressant »

À mon avis, cette spécialité n'a d'intérêt qu'en CHU et si je devais être orthopédiste pédiatre en clinique, je pense que je n'aurais pas de cas intéressants et je m'ennuierai beaucoup. Mais le fait d'être en CHU, cela impose la permanence des soins qui est vraiment le principal point noir de toutes spécialités médicales et chirurgicales, et notamment pour les jeunes générations : cela fait fuir les étudiants. Nous avons la chance d'être 5 pédiatres orthopédiques : nous sommes d'astreintes tous les 5 jours, mais cela reste fatiguant, surtout pour les praticiens plus âgés. Et

« Le fait d'être en CHU, cela impose la permanence des soins qui est vraiment le principal point noir »



malheureusement je n'ai pas l'impression que nous allons faire une augmentation des équipes d'orthopédie pédiatrique, il n'y aura donc pas de diminution des rythmes de garde.

Comme il s'agit d'une spécialité de service public, la rémunération est également une rémunération de service public. Nous ne sommes pas à plaindre mais nous savons que nos collègues en orthopédie adultes qui exercent à la clinique, peuvent gagner 2 à 3 fois plus que nous en travaillant seulement 3 ou 4 jours par semaine, sans effectuer aucune permanence des soins et cela nous rend envieux. Je sais que nous sommes très bien payés par rapport à la

**« Mais il n'y a pas de raison qu'un professeur de chirurgie orthopédique qui fait des pathologies rarissimes soit payé 3 fois moins que quelqu'un qui fait que des canaux carpiens à la clinique et qui ne prend pas de garde »**

population française et nous n'avons pas à nous plaindre. Mais il n'y a pas de raison qu'un professeur de chirurgie orthopédique qui fait des pathologies rarissimes soit payé 3 fois moins que quelqu'un qui fait que des canaux carpiens à la clinique et qui ne prend pas de garde. Cela pourrait être un facteur limitant pour un jeune collègue qui serait intéressé par l'orthopédie pédiatrique. Cependant, en clinique, on ne peut pas faire de chirurgie complexe parce qu'il n'y a pas l'équipe d'anesthésie adaptée, ni le plateau technique adapté et donc il n'est pas question de faire une

chirurgie tumorale en clinique ou des chirurgies importantes de bassin par exemple. Nous avons également des pathologies qui nécessitent parfois un temps long d'hospitalisation sans faire de gestes chirurgicaux, comme une luxation de hanche qui impose 3 semaines en traction dans le service : cela coûte une fortune, une journée hospitalisation en chirurgie coûte 1 500 €. Seul le service public peut accepter de dépenser 1 500€ par jour pendant 45 jours pour un enfant qui est en traction, sans geste chirurgical et sans compensation financière pour l'établissement.

**« Seul le service public peut accepter de dépenser 1 500€ par jour pendant 45 jours pour un enfant »**

En clinique, les lits doivent être rentabilisés par des opérations chirurgicales et je ne pourrai pas effectuer des chirurgies complexes, je ferai beaucoup de consultations pour des pathologies simples, comme des pieds plats. Quelques rares collègues dans les grandes villes telles que Paris ont des activités lucratives en opérant des enfants de la main, même s'il y a peu de patients. Ils s'occupent de malformations congénitales qui ne nécessitent pas d'hospitalisation. Il faut aussi préciser que la cotation CCAM des actes en chirurgie pédiatrique est très mauvaise. Nous pouvons nous dégager un salaire mais qui ne sera pas forcément très intéressant.

### **Selon vous, quelles solutions prioritaires faudrait-il mettre en place ?**

On s'aperçoit que la situation s'est dégradée pour la permanence des soins. Il y a encore 20 ans les hôpitaux périphériques avaient des chirurgiens âgés qui prenaient en charge les

**« On a donc une augmentation importante du nombre d'enfants opérés »**

fractures des jeunes enfants mais aujourd'hui, comme les chirurgiens ne souhaitent plus faire de permanence des soins, ils ont pour prétexte de dire qu'ils ne sont plus compétents pour effectuer ces

prises en charge. La plupart du temps cet argument est faux, mais cela permet de transférer l'enfant vers les services de chirurgie pédiatrique. On a donc une augmentation importante du nombre d'enfants opérés. Par exemple, le week-end dernier parmi 14 enfants opérés, 12 venaient d'une autre région. Pourtant les gestes chirurgicaux à effectuer sont simples, les techniques peuvent être faites par un interne, un jeune chirurgien, elles ne nécessitent pas une compétence particulière, ni même un plateau technique de pédiatrie spécifique. C'est vrai que nous avons des dessins sur les murs de Winnie L'Ourson mais cela ne mérite pas 200 km aller-retour de transfert pour mettre un plâtre.

Il faudrait que la permanence des soins se fasse également dans les hôpitaux privés. Pour cela, il faudrait une législation pour l'imposer ou bien lorsqu'un médecin choisit de transférer un enfant, alors sa consultation n'est pas rémunérée. Ce n'est pas logique de faire payer 2 fois l'assurance maladie : une première consultation en clinique puis une autre au CHU pour la même pathologie, le même jour. Si vraiment le médecin ne sait pas faire, alors il ne prend pas en charge le patient, le patient va directement au CHU et il y aura qu'une seule facturation à l'Assurance maladie.

**« Il faudrait que la permanence des soins se fasse également dans les hôpitaux privés »**

**« Il y a un autre sujet tabou, ce sont les petits hôpitaux de périphérie qui devraient être fermés »**

Il y a un autre sujet tabou, ce sont les petits hôpitaux de périphérie qui devraient être fermés. Personne n'ose le dire car cela va à l'encontre des élus et de la presse, mais à mon sens, les petites structures telles que les maternités de moins de 300 accouchements par an, représentent une dépense d'argent alors que cela n'a

pas de sens en termes de qualité des soins. Cet argent pourrait être donné au CHU afin d'embaucher des internes qui souhaiteraient être formés pour nous rejoindre. Dans notre service, il n'y a pas de perspectives pour un jeune de 25 ans car il n'y a pas de départ imminent à la retraite. Pourtant la demande de soins est bien présente. L'idéal serait d'avoir 2 ou 3 postes de chirurgie supplémentaires. Nous serions alors 8 dans l'équipe et nous pourrions avoir des salles d'opération et une garde sur place au lieu des astreintes. On opérerait toute la nuit, on n'aurait qu'une garde tous les 8 jours. Nous pourrions alors nous occuper de tous les enfants de la région. La vie commencerait à être beaucoup plus agréable. On pourrait également limiter voire arrêter les gardes à partir d'un certain âge, ce qui attirerait davantage de jeunes. Ce budget nécessite de fermer des hôpitaux qui ne servent à rien et qui font perdre du temps et de l'argent à tout le monde. C'est une question politique difficile car les élus y sont opposés, pourtant cela n'a pas de sens d'avoir un hôpital dans une ville de 10 000 habitants. Personnellement, je ne peux pas défendre cette position publiquement car je ne souhaite pas me fâcher avec mes collègues mais il faudrait qu'il y ait un audit et que l'on regarde concrètement les gens qui entrent aux urgences et qui sont ensuite transférés par manque de compétences dans le service.

**« Il faudrait qu'il y ait un audit et que l'on regarde concrètement les gens qui entrent aux urgences et qui sont ensuite transférés par manque de compétences dans le service »**

## Comment vous projetez-vous dans trois ans ?

Dans 3 ans, je m'imagine tout pareil qu'aujourd'hui. En fait, je fais partie des gens qui sont très heureux dans leur métier et j'ai la belle vie : j'ai une super équipe, j'ai une super activité dans une super région et j'ai un volume horaire de travail qui me convient. Le seul point noir

**« J'ai la belle vie : j'ai une super équipe, j'ai une super activité dans une super région et j'ai un volume horaire de travail qui me convient. Le seul point noir actuellement ce sont les astreintes »**

actuellement sont les astreintes, je commence à en avoir un peu marre. Mais à part ça, j'ai une rémunération qui me convient. Et j'ai un avantage au CHU : si l'activité s'arrête, je continue à être payé, comme pendant la COVID. J'apprécie également que mes horaires soient flexibles : je peux commencer à 7h ou 10h un matin, faire une course dans la journée, rester jusqu'à 21 h. Je suis très libre, j'ai la possibilité de m'arranger avec mon emploi du temps, sans rendre de compte. J'ai aussi la chance

d'avoir une activité très variée. En tant que chirurgien pédiatrique, on acquit rapidement une notoriété dans sa région et c'est gratifiant. Je n'ai jamais ressenti de burn-out parce que je ne me mets pas la pression. Souvent on me dit qu'il faut tout, tout de suite, or je pense que les patients peuvent attendre un peu. En vieillissant, j'arrive davantage à limiter mon stress en ne me créant pas moi-même une pression supplémentaire. Il faut savoir se limiter et se supprimer certaines charges de travail.

### 3<sup>ÈME</sup> ENTRETIEN ANONYMISÉ

#### Pourquoi avez-vous choisi la spécialité chirurgie pédiatrique ?

J'ai toujours été attiré par le monde de la pédiatrie et j'ai fait mes études de médecine pour m'occuper des enfants, c'était vraiment ce que je voulais faire. Dans ma formation d'étudiant, j'ai pu faire plusieurs stages de pédiatrie et j'ai découvert la chirurgie que je ne connaissais pas. La chirurgie est un métier différent de la médecine : vous avez une décision à prendre face à une problématique, puis un geste chirurgical à faire pour apporter une solution qui est, heureusement, souvent bénéfique au patient avec un résultat rapidement visible. La combinaison de la chirurgie et de la pédiatrie fait que je me suis de plus en plus intéressé

« J'ai toujours été attiré par le monde de la pédiatrie et j'ai fait mes études de médecine pour m'occuper des enfants, c'était vraiment ce que je voulais faire »

« J'ai travaillé longtemps à l'hôpital et maintenant, je suis installé dans le privé, mais je fais le même métier à vrai dire »

à la chirurgie pédiatrique. Comme tous les internes je me suis formé à la chirurgie adulte, nous devons avoir une formation générale. J'ai eu la chance d'intégrer un service de chirurgie pédiatrique qui m'a formé, c'était un service polyvalent très formateur, référant dans toute sa région, avec une grosse activité et nous faisions à la fois de l'orthopédie, de la chirurgie digestive, de la chirurgie du bébé, de la chirurgie des plus grands. Ce n'est qu'au début de mon clinicat que je me suis davantage orienté vers l'orthopédie. Je suis d'une génération où tous mes collègues internes de chirurgie pédiatrique voulaient faire du digestif et de l'urologie. J'ai préféré me tourner vers l'orthopédie pour être plus complet. Aujourd'hui, je sais qu'il faut se déterminer très tôt dans la formation entre l'orthopédie pédiatrique et la chirurgie urologique et digestive. Puis j'ai travaillé plusieurs années en tant que praticien titulaire à l'hôpital et maintenant, je suis installé dans le privé, mais je fais le même métier à vrai dire.

#### Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans votre profession et quelles sont vos principales difficultés au quotidien ?

Ce qui me plaît le plus c'est la relation avec le malade, c'est une relation particulière puisque, en pédiatrie, nous avons une relation aussi avec un ou deux parents : c'est une relation à trois. J'aime l'idée de devoir faire un diagnostic rapide dès la première consultation, puis prendre une décision et adapter la prise en charge à la décision avec parfois un acte de chirurgie. Dans notre métier d'orthopédie pédiatrique, l'acte de chirurgie est vraiment le dernier recours. On utilise beaucoup de techniques d'orthopédie, de surveillance. On utilise la croissance comme un outil. Nous sommes des chirurgiens qui opérons peu, mais avec une activité de consultation médicale importante, c'est inerrant à notre spécialité, cela ne me dérange pas. Pour certains, cela

« Nous sommes des chirurgiens qui opérons peu, mais avec une activité de consultation médicale importante, c'est inerrant à notre spécialité, cela ne me dérange pas »

peut être un point négatif parce que c'est chronophage. La notion de rentabilité, d'occupation des salles opératoires, peut constituer un frein.

**« C'est vraiment le plus motivant dans notre travail d'avoir la reconnaissance de nos petits patients »**

Autre point positif, dans le monde de la pédiatrie, la réaction des patients est magique. Les enfants sont honnêtes, il n'y a pas de tricherie. Ils récupèrent vite, ils sont reconnaissants et c'est vraiment le plus motivant dans notre travail d'avoir la reconnaissance de nos petits patients. Ils savent nous dire merci.

En revanche, ce qui peut nous mettre en difficulté, ce sont les mises en cause. Ce n'est jamais agréables et pas toujours justifiées, mais c'est l'évolution de la société. Il y a également les aspects administratifs de notre métier qui sont chronophages : demande de papier, de certificat, nous devons prendre des responsabilités pour tout, on est sollicité en permanence, j'ai l'impression que les gens sont de plus en plus assistés.

Nous avons la chance d'avoir une secrétaire qui fait beaucoup de choses pour eux, ils ne s'en rendent pas toujours compte : prises de rendez-vous, accompagnement. C'est peut-être spécifique à la pédiatrie car il s'agit d'un enfant malade et nous avons plus d'empathie.

**« Nous devons prendre des responsabilités pour tout, on est sollicité en permanence »**

Dans mon activité au quotidien ce qui peut être fatigant, c'est d'être au contact de la population en souffrance. Nous voyons beaucoup plus d'enfants qui viennent pour des motifs de douleurs qui ne sont pas toujours des douleurs organiques et souvent les parents sont en difficulté sociale, difficultés affectives et psychologiques : cela rend notre métier un peu plus difficile.

Nous n'avons pas de PDS officielle mais un service d'urgence qui accueille les adultes et les enfants du quartier qui viennent pour des traumatismes. En tant qu'orthopédiste, nous avons une liste que nous donnons aux urgentistes pour qu'ils puissent nous appeler pour un avis, avec des photos éventuellement, mais ce n'est pas une véritable PDS. J'ai exercé 18 ans en

**« Aujourd'hui on se rend compte qu'un malade qui est traité le lendemain avec un médecin qui est reposé aura le même résultat qu'un malade qui est traité pendant la nuit par un médecin qui est fatigué »**

CHU, j'ai été chirurgien des hôpitaux et j'ai pris du recul par rapport à ce que nous faisons en ville ou à l'hôpital. Quand j'étais à l'hôpital, nous avons été éduqués par nos patrons qui considéraient que la PDS est une urgence. Et aujourd'hui on se rend compte qu'un malade qui est traité le lendemain avec un médecin qui est reposé aura le même résultat qu'un malade qui est traité pendant la nuit par un médecin qui est fatigué.

C'est important de faire l'effort de communiquer sur ce point et de bien l'expliquer aux gens : ils peuvent adhérer à votre projet et sont capables d'attendre 24 h afin d'être bien traités. On relativise la notion d'urgence où l'on doit faire quelque chose tout de suite, mais nous avons aussi quelques urgences absolues. L'activité de PDS peut être lourde : si c'est de la chirurgie cela nous convient en tant que chirurgien, mais

ce qui est difficile c'est d'assurer l'accueil des patients aux urgences avec la souffrance sociale. Beaucoup de gens consultent aux urgences pour pas grand-chose. Un des de nos vieux patrons d'orthopédie pédiatrique me disait que dans la moitié des cas, il suffisait d'avoir du bon sens, sans connaissances scientifiques très poussées. Cela se perd un peu. Je m'en rends compte en vieillissant.

### **Selon vous, quelles solutions prioritaires faudrait-il mettre en place ?**

Pour améliorer la situation en chirurgie pédiatrique, il faut une véritable collaboration ville hôpital et pas seulement un vœu politique. Au départ, il y aura forcément un projet médical : une entente entre une équipe médicale qui travaille en libéral et une équipe médicale qui travaille à l'hôpital. Il doit y avoir la volonté de travailler ensemble, de se connaître, de s'apprécier, ce qui n'est pas évident en médecine car nous avons une formation qui, depuis la première année, est un concours : « il faut être le meilleur », « le voisin est un nul ». Nous avons sûrement dans notre inconscient l'idée qu'il n'y a que nous qui savons faire bien les choses et que le voisin n'est pas très bon. Ainsi, la relation avec l'hôpital est importante. Dans l'équipe, nous sommes 5 chirurgiens pédiatres : 3

**« Il faut une véritable collaboration ville hôpital et pas seulement un vœu politique »**

**« Nous avons la chance d'être avec une équipe d'orthopédie pédiatrique en CHU avec laquelle on discute, on se connaît, on échange, et cela fait partie de notre bonheur »**

orthopédistes et 2 chirurgiens digestifs. Nous avons la chance d'être avec une équipe d'orthopédie pédiatrique en CHU avec laquelle on discute, on se connaît, on échange, et cela fait partie de notre bonheur. Cette collaboration est essentielle, elle est d'abord médicale, mais elle doit aussi être administrative : les directeurs de clinique doivent s'entendre avec le directeur de l'hôpital référent.

Les libéraux ne doivent pas seulement participer à la PDS, il faut que nous partagions également la formation des internes afin de créer des réseaux. La collaboration doit être dans les deux sens. Les internes doivent également venir se former en chirurgie pédiatrique dans les établissements privés. Comme je vous le disais, je fais quasiment la même activité que lorsque j'étais au CHU, excepté pour certaines pathologies lourdes. Chacun a ses prérogatives et je les respecte. Mais globalement mon métier est identique à celui de mes collègues PH à l'hôpital. Cette porosité qu'on pourrait avoir en formant des internes permettrait d'apprendre à se connaître, d'aller

**« Les libéraux ne doivent pas seulement participer à la PDS, il faut que nous partagions également la formation des internes »**

**« Apprendre à se connaître c'est aussi apprendre à évaluer les revenus : nous ne gagnons pas beaucoup plus qu'à l'hôpital »**

au-delà des idées préconçues : « À l'hôpital les soins sont dégradés, ils sont débordés » ; « À la clinique, on fait que ce qu'on veut c'est la liberté ». Non, ce n'est pas la liberté, c'est le monde libéral. Nous avons peut-être la liberté d'organiser notre emploi du temps, mais il faut faire la même médecine qu'à l'hôpital. Apprendre à se connaître c'est aussi apprendre à évaluer les revenus : nous ne gagnons pas beaucoup plus qu'à

l'hôpital. Et à la fin du mois je n'ai pas de salaire donc cela génère une pression et ce n'est pas une liberté. Nous sommes tributaires de cette activité qui nous nourrit.

Il est également important d'améliorer la reconnaissance de la pédiatrie. La pédiatrie est une spécialité qui a été longtemps négligée en termes de rémunération et on savait très bien que dans les spécialistes, les pédiatres gagnaient juste au-dessus d'un médecin généraliste, ce qui a créé le désamour de la pédiatrie chez les internes. Il y a actuellement une amélioration de cette reconnaissance : nous avons eu les assises de la pédiatrie, de nombreux rapports ont été cosignés par des pédiatres et des chefs de service de chirurgie pédiatrique et rendus au ministre et à Monsieur Macron. Cela est important parce qu'en termes de tutelle, la chirurgie pédiatrique n'a pas les mêmes valorisations qu'un médecin pédiatre pour une consultation. Nous sommes considérés comme un chirurgien pour la consultation ce qui crée une distorsion qui commence à être un peu inquiétante. Il semblerait actuellement qu'il n'y ait pas beaucoup de jeunes qui se tournent vers la chirurgie pédiatrique et ce problème de valorisation peut y contribuer.

**« Il semblerait actuellement qu'il n'y ait pas beaucoup de jeunes qui se tournent vers la chirurgie pédiatrique et ce problème de valorisation peut y contribuer »**

J'aimerais aussi rappeler que, pour nous, un enfant doit être opéré par un chirurgien pédiatre qui a été formé à opérer des enfants avec des techniques spécifiques à l'enfant et dans un milieu pédiatrique. Nous ne voulons pas qu'un enfant soit opéré et se réveille au milieu de personnes âgées en difficulté, ce qui est assez traumatisant. Je sais que la définition d'un enfant est en train d'être discuté parce qu'il n'y a pas assez de chirurgiens pédiatres et beaucoup d'enfants sont opérés par des chirurgiens non-pédiatres.

**« Un enfant doit être opéré par un chirurgien pédiatre qui a été formé à opérer des enfants avec des techniques spécifiques à l'enfant et dans un milieu pédiatrique »**

Nous défendons notre spécialité car elle est jeune, elle a été créée après la guerre et elle est préemptée par les chirurgiens adultes. Nous avons beaucoup d'adolescents qui sont opérés par des orthopédistes pour adultes, sans hospitalisation en milieu pédiatrique avec des infirmières spécialisées en pédiatrie. Notre approche est différente, c'est le cœur de notre spécialité, c'est ce que nous défendons.

### **Comment vous projetez-vous dans trois ans ?**

Je me vois toujours faire de la chirurgie pédiatrique. Je suis installé depuis 11 ans et j'ai déjà effectué un changement important en quittant l'hôpital et en déménageant. J'aimerais également participer davantage aux commissions du CNP CEA car cela m'intéresse beaucoup de voir et de comprendre les évolutions en tant qu'acteur. Si nous voulons changer les choses il faut être acteur et ne pas toujours se plaindre.

**« Si nous voulons changer les choses il faut être acteur et ne pas toujours se plaindre »**

Actuellement, mon activité est composée à 80% de consultation et à 20% de chirurgie. Dans 5 ans, je m'imaginerais bien terminer uniquement avec le versant consultation afin de recruter un jeune collègue qui me succéderait en chirurgie car cela devient plus fatigant avec les années.



## 4<sup>ÈME</sup> ENTRETIEN ANONYMISÉ

### Pourquoi avez-vous choisi la spécialité chirurgie pédiatrique ?

Quand j'ai commencé médecine, comme je n'avais pas de médecins dans la famille, je n'avais pas de présupposés sur ce que je voulais faire. Pendant mes stages d'internat, j'étais contente partout et finalement, je me suis aperçue que c'est la chirurgie qui me convenait le mieux. Mon tempérament était beaucoup plus compatible concernant toute la partie manuelle et technique mais aussi pour l'immédiateté de la réponse que l'on a en chirurgie. En médecine il y a toujours un temps d'attente pour la confirmation d'un diagnostic, les effets d'un médicament, tandis qu'en chirurgie le délai est court et cela me correspondait très bien et l'on sait très vite lorsqu'on se trompe ou lorsque on a raison. J'ai commencé mon internat de chirurgie avec un goût évident pour la chirurgie viscérale, la chirurgie du « mou ». Il était clair que le « dur », le contact avec l'os et son contrôle, ce n'était pas pour moi. Pendant mon internat de chirurgie, je suis passée en chirurgie infantile et j'ai réalisé que je m'y sentais encore mieux. J'étais très bien en chirurgie adulte mais avec les enfants j'étais encore mieux : cela s'est donc imposé naturellement.

« Pendant mon internat de chirurgie, je suis passée en chirurgie infantile et j'ai réalisé que je m'y sentais encore mieux »

### Qu'est-ce qui vous plaît le plus dans votre profession et quelles sont vos principales difficultés au quotidien ?

« Il y a aussi le contact avec les enfants, qui vraiment toujours un bonheur »

Ce qui me plaît le plus dans mon travail c'est de pouvoir associer à la fois le manuel et l'intellectuel. Il y a la partie diagnostic, la réflexion ; et une partie mise en pratique, la réparation. Et il y a aussi le contact avec les enfants, qui vraiment toujours un bonheur, même s'il n'est pas toujours simple.

J'exerce en établissements privé et public. L'une de mes principales difficultés concerne l'hôpital et son fonctionnement actuel. Il me met en inadéquation avec mes principes assez régulièrement, en particulier sur la gestion du personnel et des équipes. Trop souvent, je ne suis pas en phase avec les décisions organisationnelles ou stratégiques, de l'hôpital et je ne peux rien y faire.

« L'une de mes principales difficultés concerne l'hôpital et son fonctionnement actuel »

**« À l'hôpital des patients sont régulièrement annulés au dernier moment faute de place ou à cause des problèmes d'organisation »**

Il manque du personnel dans les services et il y a une organisation des soins, une gestion des priorités, qui manque pour moi de cohérence et pour laquelle nous faisons différemment à la clinique. Par exemple, à l'hôpital des patients sont régulièrement annulés au dernier moment faute de place en hospitalisation ou à cause des problèmes d'organisation au bloc opératoire. Très

régulièrement nous devons faire des arbitrages, discuter de l'urgence relative ou pas relative d'une programmation. Cette situation est devenue insupportable pour les patients et pour le personnel. Ces annulations génèrent beaucoup de désordre et cela nuit aux relations entre les équipes.

Des tensions sur l'organisation se sont également installées avec les collègues anesthésistes, que je n'ai pas en libéral. Les anesthésistes à l'hôpital ont une manière de fonctionner différente de celle des chirurgiens. Ils ne sont responsables du patient que le jour de l'intervention et sauf exception, ils n'ont pas fait la consultation d'anesthésie pré-opératoire et après le réveil ils ne reverront pas le patient. Lorsqu'ils demandent l'annulation d'une intervention (que ce soit pour une raison médicale ou de débordement au bloc opératoire), ils répondent à la problématique du jour. C'est le chirurgien qui a fait le recrutement du patient et qui en assurera le suivi. C'est donc le chirurgien qui sera en charge de réorganiser une nouvelle intervention, voir les familles, trouver une date. C'est difficile lorsque nous annulons une opération une fois, mais certains patients ont leur opération annulée 2 ou 3 fois. L'angle d'appréciation est donc totalement différent. A la clinique nous travaillons en binôme : le médecin qui effectue la consultation d'anesthésie est celui qui endort le patient et qui, peut-être, le ré-endormira une prochaine fois... L'implication est donc très différente et les liens entre nous également.

**« Des tensions sur l'organisation se sont également installées avec les collègues anesthésistes, que je n'ai pas en libéral »**

Un autre problème majeur à l'hôpital concerne l'organisation des ressources humaines. L'hôpital allant mal, une des solutions a été de réduire le personnel, car c'est ce qui permet de faire le plus rapidement des économies importantes. Mais la diminution des ressources humaines à leur minimum a abouti à une situation de très fortes tensions. Nous arrivons à des situations délirantes où pour pallier le manque d'infirmiers/ières, nous faisons appel à des intérimaires qui sont payés parfois 2 fois plus que les permanents, qui eux, sont restés fidèles à l'établissement et qui se retrouvent en première ligne avec les difficultés de planning et les

**« L'hôpital reste pour moi un endroit exceptionnel, qui est encore capable d'une excellence de prise en charge pour tous »**

heures supplémentaires. De nombreux intérimaires étaient en exercice à temps plein. Ils étaient partis déçus de l'hôpital. Ils avaient prévu que les conditions de travail devenaient trop difficiles. Et aujourd'hui nous nous retrouvons dans une situation absurde. J'ai l'impression que la gestion de l'hôpital se base sur des solutions simples et immédiates pour des problèmes complexes et cela ne fonctionne pas sur le moyen et long terme. Nous sommes

en train de créer encore plus de problèmes avec des solutions inadaptées. Et j'en suis vraiment triste, car l'hôpital reste pour moi un endroit exceptionnel, qui est encore capable d'une excellence de prise en charge pour tous.

J'exerce également en libéral dans une première clinique, qui travaille très bien et où les blocs opératoires tournent plus vite qu'à l'hôpital public. Mais le mode de fonctionnement est moins riche en collaboration et en liens d'équipes, car chaque chirurgien n'est présent qu'une journée. Nous y avons une direction qui est à l'écoute et un bon niveau des personnels paramédicaux. Je pense que nous pourrions faire mieux concernant les échanges entre les équipes médicales, mais le manque de temps commun rend les choses difficiles.

Enfin, j'exerce dans un troisième établissement privé. La direction y est soutenante et les professionnels investis. Le temps de consultation y est notablement plus long qu'à l'hôpital ou dans mon premier établissement privé. Nous avons également un nombre suffisant de secrétaires, qui répondent à toutes les sollicitations et qui reviennent vers nous autant que nécessaire. Et terme de programmation d'interventions, les délais sont courts, il y a de la souplesse et très peu d'annulations. Bien sûr cela a un coût, essentiellement assumé aujourd'hui par les familles (et/ou leur complémentaire santé, ce qui revient au même). Et même si c'est une structure privée, les demandes d'avis auprès des collègues des autres spécialités sont faciles et rapides. Il me semble qu'une grande partie des problèmes financiers du secteur public vient de l'hypocrisie qui consiste à dire que la santé est gratuite, ce qui est faux : elle a un coût. Et ce coût devient colossal si l'on veut avoir du temps d'échange et d'écoute de nos patients et leur offrir un haut niveau d'expertise et de prise en charge. Lorsque le prix payé ne compense pas le coût réel du travail, en médecine comme ailleurs, l'équilibre ne peut être obtenu qu'en compensant par le nombre d'actes. La solution qui a été trouvée pour l'hôpital public a été de supprimer des ressources humaines alors que la qualité du soin est dans les relations humaines : nous avons choisi ce métier pour traiter les patients mais aussi pour prendre soin d'eux.

**« Si nous ne voulons pas d'un système de soin à deux vitesses, il faut trouver des solutions de collaborations entre les différentes structures de soin, chacune à sa juste place »**

**« Je suis à la croisée de 3 établissements, 3 modèles médico-économiques différents et je suis sûre que l'on peut trouver des compromis, un équilibre entre ces 3 modèles »**

Je suis à la croisée de 3 établissements, 3 modèles médico-économiques totalement différents. Je suis sûre que l'on peut trouver des compromis, un équilibre entre ces 3 modèles. Si nous ne voulons pas d'un système de soin à deux vitesses, il faut trouver des solutions de collaborations entre les différentes structures de soin, chacune à sa juste place.

## Selon vous, quelles solutions prioritaires faudrait-il mettre en place ?

À l'hôpital public comme dans la plupart des établissements privés, il faudrait que du temps puisse être redonné aux soignants. Mais je ne sais pas comment c'est possible. Le déficit de notre système de santé est une réalité dont nous sommes tous conscients et la très grande majorité d'entre nous est dans une course quotidienne.

**« Il faudrait que du temps puisse être redonné aux soignants »**

En termes d'organisation en chirurgie pédiatrique, un des éléments qui à mon sens aiderait beaucoup, mais nous ne sommes pas tous d'accord, c'est que nous participions tous à la PDS hospitalière. Dans les faits, toutes les structures de ville qui n'ont pas de PDS organisée sur site ont recours à l'hôpital. Je suis favorable à ce que nous aidions tous, cela permettrait de diminuer les tensions public/privé. Il faudrait bien sûr que cette participation puisse être équitable, en prenant en compte les contraintes de la pratique en libéral.

## Comment vous projetez-vous dans trois ans ?

Dans 3 ans, je m'imagine dans la même situation mais avec une meilleure organisation de mon temps et en travaillant peut-être un peu moins : j'aspire à une demi-journée de moins par semaine...

**« Avec le temps et l'âge, j'ai pris conscience que je faisais, au sens littéral, un métier extraordinaire »**

semble que c'est aussi de notre responsabilité individuelle et de groupe, de chirurgiens pédiatriques, de défendre ce que nous représentons et la valeur du travail que nous faisons. Je suis convaincue que ne pas considérer son travail à sa juste valeur contribue à sa dévalorisation auprès de tous. Il ne faut pas tout accepter. Il faut pouvoir / savoir dire non. Sans cela, on finit par aller trop loin dans la compromission.

Avec le temps et l'âge, j'ai pris conscience que je faisais, au sens littéral, un métier extraordinaire, il n'y a pas de pas de doute. Mais le niveau de responsabilité est en conséquence : très élevé et il pèse très lourd sur la pratique quotidienne. Mon sentiment est que notre travail est dévalorisé par nos tutelles et notre société. Nous sommes dans une ère de consommation et nous sommes de plus en plus considérés comme un produit de consommation. Mais il me

**« C'est aussi notre responsabilité individuelle et en groupe, de chirurgiens pédiatriques, de défendre ce que l'on représente et la valeur du travail que nous faisons »**

## 5<sup>ÈME</sup> ENTRETIEN ANONYMISÉ

**Pourquoi avez-vous choisi la spécialité chirurgie pédiatrique et quelles raisons vous ont conduit à renoncer à ce métier ?**

Au départ, je voulais faire de la recherche scientifique, puis quand j'ai fait des stages dans des laboratoires de recherche, je me suis rendu compte que je serais sans doute frustrée si mes recherches n'aboutissaient pas. J'ai alors compris que j'avais besoin de voir le résultat immédiat de mes actions : je voulais donc être chirurgien.

**« J'avais besoin de voir le résultat immédiat de mes actions : je voulais donc être chirurgien »**

Je suis entrée en fac de médecine pour être chirurgien plastique. Après les résultats du concours de l'internat, j'ai souhaité faire de la chirurgie reconstructrice pédiatrique. J'ai adoré mon premier stage (le type de chirurgie, les enfants, le personnel). Grâce aux rencontres professionnelles que j'ai pu faire, mes choix de spécialisation ont évolué.

Par manque de postes purement hospitaliers, je me suis orientée vers une carrière hospitalo-universitaire. J'ai aimé la recherche et l'enseignement et cela m'a permis d'exercer plusieurs années à l'étranger dans un grand hôpital, sur une thématique de recherche qui m'intéressait.

**« Mais le retour a été très compliqué. L'équipe dans laquelle je suis arrivée n'avait sans doute, à posteriori pas très envie que je sois là »**

Puis on m'a proposé un poste hospitalo-universitaire en France sur une thématique de recherche et de spécialité clinique qui était exactement ce qui m'avait toujours intéressé. J'ai alors décidé de rentrer en France. Mais le retour a été très compliqué. L'équipe dans laquelle je suis arrivée n'avait sans doute, à posteriori, pas très

envie que je sois là. Je n'avais que peu d'accès au bloc opératoire : une journée de bloc toutes les 3 semaines. On ne me laissait que les cas les plus simples, ceux qu'on me confiait des années auparavant pendant mon clinicat.

Le mode de fonctionnement de l'hôpital français m'a beaucoup découragé également : il y a beaucoup de temps perdu, beaucoup de réunions interminables sans qu'aucune décision ne soit prise, etc. Cela a été un choc car à l'étranger nous avions le même nombre de réunions, la même charge de travail et pour autant, les journées commençaient à 7h30 et finissaient à 17h30-18h : tout rentrait dans une journée. Il n'y a donc pas de raison que cela ne fonctionne pas en France. À chaque fois que j'ai voulu apporter des éléments de mon expérience, la réponse était invariablement « Ici, on a toujours fait comme ça, on ne peut pas faire autrement ; ça, en France, ce n'est pas possible ». Il n'y avait aucune possibilité ou volonté de changement.

**« Le mode de fonctionnement de l'hôpital français m'a beaucoup découragé également »**

**« Être au bloc opératoire, pour un chirurgien, c'est ce qui contrebalance toutes les autres contraintes du métier »**

À un moment donné je me suis aperçu que je ne prenais plus du tout plaisir dans mon métier. Être au bloc opératoire et opérer, pour un chirurgien, c'est ce qui contrebalance toutes les autres contraintes du métier. Comme je n'opérais plus, il ne me restait plus que les contraintes : les gardes, le soir et le weekend et les longues heures de travail ; je ne voyais plus mes enfants. En plus, j'étais dans une équipe très dysfonctionnelle.

Je me suis alors posé la question de ce que je devais faire. Je pouvais essayer de changer d'hôpital mais j'ai eu peur de retomber dans une configuration similaire et je n'avais pas envie de vivre dans un milieu où il y a des conflits tout le temps, ça ne m'intéresse pas. Je ne pouvais pas aller dans le privé car mon activité est extrêmement spécifique et elle ne se pratique que dans les CHU : elle demande toute une équipe derrière.

**« Je ne pouvais pas aller dans le privé car mon activité est extrêmement spécifique et elle ne se pratique que dans les CHU »**

J'ai également réfléchi pour changer de spécialité. J'ai même hésité à repasser le concours de l'internat. Mais refaire un internat, ça implique de refaire des gardes aux urgences. Et ce sont des contraintes que je ne voulais plus avoir avec des enfants petits.

**« Je vis bien ce changement parce que professionnellement j'ai eu une expérience vraiment formidable »**

En fait, je pense que si je n'étais pas allée à l'étranger, je serais restée encore un temps chirurgien pédiatre. Je vis très bien ce changement parce que professionnellement j'ai eu une expérience vraiment formidable, j'ai eu accès à des choses que je n'aurais pas faites en France, du moins à mon âge. Je ne sais pas si quelqu'un qui n'aurait pas eu mon expérience, serait aussi serein de changer. J'aurais

bien sûr pu aller plus loin, on peut toujours, mais pendant toutes ces années, j'ai vraiment eu l'impression d'avoir profité en chirurgie, d'avoir fait ce que j'aimais vraiment et d'avoir pu aider des enfants qui avaient des malformations complexes.

Le poste que j'occupe aujourd'hui me permet d'avoir un équilibre entre ma vie professionnelle et ma vie personnelle qui est bien meilleur, du moins qui me convient mieux. Je profite de mes enfants, ce qui n'a pas de prix.

**« Ce choix me permet d'avoir une vie, un équilibre entre la vie professionnelle et la vie personnelle qui est bien meilleur »**

**« Le mode de fonctionnement de l'hôpital français m'a beaucoup découragé »**

L'un des points qui pose souvent problème dans les hôpitaux, c'est l'accès au bloc opératoire pour les chirurgiens. Dans beaucoup de services, les blocs sont sous dimensionnés par rapport aux besoins et il y a toujours des tensions. Le nombre de places au bloc est quelque chose d'important. Dans les CHU, les listes d'attente sont longues, il y a peu de place.

Il semble aussi que l'accès au bloc opératoire soit plus difficile depuis la COVID. Je ne crois pas que nous ayons retrouvé des taux d'occupation du bloc opératoire que nous avions avant la COVID. Il manque notamment des infirmières de bloc opératoire. Sans elles, les chirurgiens ne peuvent pas opérer.

**« Je ne crois pas que nous ayons retrouvé des taux d'occupation du bloc opératoire que nous avions avant la COVID »**

## 6<sup>ÈME</sup> ENTRETIEN ANONYMISÉ

### Pourquoi avez-vous choisi la spécialité chirurgie pédiatrique et quelles raisons vous ont conduit à renoncer à ce métier ?

J'ai commencé la médecine en souhaitant m'orienter en pédiatrie. J'ai découvert et apprécié la chirurgie au cours de mon externat. Mais au moment du choix de l'internat, en discutant avec plusieurs médecins qui m'ont déconseillé de choisir la chirurgie parce que je suis une femme et que j'allais avoir des enfants. J'ai donc fait 6 mois de pédiatrie au début de mon internat, mais je me suis lamentablement ennuyée pendant 6 mois, c'était horrible : des nez qui coulent et des gastro-entérites toute une vie, ce n'est pas ce que je voulais faire.

J'avais deux amis en chirurgie orthopédique dans le même hôpital périphérique que moi et ils m'ont encouragée à les rejoindre. J'ai donc fait un stage hors filière en chirurgie viscérale infantile dans un CHU et j'ai passé 6 mois extraordinaires. Avec deux autres internes, nous étions jeunes, motivés et cela a été comme une révélation. J'ai continué en chirurgie en souhaitant rester avec les enfants. Je me suis également formée à la chirurgie pour adulte, à la chirurgie plastique. J'ai passé le DESC de chirurgie infantile et le collège de plastique pour pouvoir faire de la chirurgie plastique infantile afin que mes deux compétences soient reconnues. J'ai obtenu un poste de PH alliant la chirurgie plastique et

**« J'ai obtenu un poste de PH alliant la chirurgie plastique et l'orthopédie et j'aimais bien ce que je faisais, même si c'était lourd en tant que jeune maman. »**

l'orthopédie et j'aimais bien ce que je faisais, même si c'était lourd en tant que jeune maman. Il fallait s'organiser avec les astreintes et les gardes. Puis on m'a proposé un poste de plasticien infantile en libéral dans une autre région. Mais cette installation ne s'est pas bien passée : l'activité que l'on m'avait promise n'était pas au rendez-vous. J'ai donc travaillé également dans une clinique dans un

département voisin afin de compléter mon activité. La chirurgie était moins impressionnante que celle d'un CHU, mais cela me convenait, notamment vis-à-vis de ma vie personnelle puisque j'ai 4 enfants.

Étant donné que c'était une création d'activité à cet endroit, cela m'a demandé du temps pour que l'activité se développe correctement. En 2019, tout allait beaucoup mieux, mais en 2020 est arrivée la catastrophe du COVID et j'ai dû fermer le cabinet pendant 3 mois. Je ne pouvais plus voir les enfants du tout, la clinique où je travaillais refusait de continuer à accueillir les enfants. C'était compliqué, j'étais toute seule. Et je divorçais en plus, je devais m'occuper de mes quatre enfants et de la maison. Il fallait que je trouve une solution rapidement et je ne savais pas combien de temps la COVID allait durer. Je n'ai

**« J'ai fait un stage d'internat en chirurgie viscérale infantile dans un CHU et j'ai passé 6 mois extraordinaires »**

**« Je ne pouvais pas me permettre de n'avoir aucune activité pendant 6 mois, sans quoi je n'aurais pas pu me relever »**



perçu que deux fois 1 500€ d'aides de la part de l'État. Je ne pouvais pas me permettre de n'avoir aucune activité pendant 6 mois, sans quoi je n'aurais pas pu me relever. On m'a alors parlé de postes à pourvoir en santé au travail. J'ai été embauchée par un organisme privé qui m'a financé une formation à la fac pour devenir collaborateur médecin en santé au travail. Je devais tout de même refaire quatre ans d'études. J'ai réussi la première année, mais lors de la deuxième année, je ne me suis pas sentie à ma place, j'étais frustrée. C'était difficile de se retrouver entre les employeurs et les salariés, j'étais en désaccord sur plusieurs éléments, c'était rigide. Le soin me manquait, je voulais à nouveau agir et pouvoir constater les résultats.

Après ce temps d'interruption, je ne me sentais pas de repartir en chirurgie. Je n'avais pas envie de repartir au CHU non plus parce qu'il y avait des contraintes en termes de distance et de gardes, notamment par rapport à mes enfants qui étaient petits et qui avaient besoin de moi. Un ami médecin de médecine physique et réadaptation m'a fait savoir que son

**« Depuis plus de deux ans, je fais de la rééducation pédiatrique et je gère l'hôpital de jour »**

association cherchait un médecin physique et de réadaptation (MPR) pour exercer en pédiatrie. Cette spécialité étant très proche de l'orthopédie, j'ai donc accepté. Depuis plus de deux ans, je fais de la rééducation pédiatrique et je gère l'hôpital de jour. Tout se passe bien, mais j'avoue que je m'ennuie un petit peu

quand même. Je pratique quelques gestes, je fais des injections de toxines chez les enfants. Mais le rythme est beaucoup plus lent que celui des consultations en libéral. Je suis beaucoup confrontée aux problèmes médico-sociaux et au polyhandicap et ça peut être très lourd. Ce sont des patients que l'on suit sur le long cours et nous n'avons pas toujours des résultats fantastiques. Il y a davantage d'observations et d'accompagnement que de véritables actions.

À partir de septembre, je vais m'installer dans un cabinet libéral et cette fois-ci je ne serai pas toute seule, je serai avec d'autres médecins qui font de la médecine physique et de rééducation adulte et j'apporterai une compétence orthopédique auprès des enfants. Je vais pouvoir faire des gestes, des infiltrations, des injections, mettre des orthèses, penser l'appareillage des patients. Pour l'instant, la chirurgie n'est pas à l'ordre du jour, mais je garde cette notion d'activité avec des gestes et toute la compétence technique que j'ai acquis depuis ces années au niveau de la fonction locomotrice.

Avec du recul, je pense que s'il n'y avait pas eu le COVID je serais toujours chirurgien infantile, même si c'était difficile. J'ai réalisé également qu'en libéral on pouvait être vite limité : Je pouvais accueillir les patients en ambulatoire mais je ne pouvais pas les hospitaliser sur un séjour, il y avait des contraintes d'hébergement avec un environnement pédiatrique exclusif, la contrainte du bloc opératoire avec le personnel qualifié pour endormir les enfants. Mais au CHU aussi, la chirurgie subit des délais de programmation par manque de nombre d'anesthésistes suffisant, de manque de lit d'hospitalisation. Ces éléments sont très limitants, c'est pourquoi par rapport à d'autres spécialités, le pourcentage de chirurgiens en activité libérale est très inférieur au pourcentage de chirurgiens en activité hospitalière.

**« Avec du recul, je pense que s'il n'y avait pas eu le COVID je serais toujours chirurgien infantile, même si c'était difficile »**

**« Je déplore que cette spécialité reste du domaine exclusif des CHU, on ne la développe pas dans les centres hospitaliers généraux »**

Mais je déplore que cette spécialité reste du domaine exclusif des CHU, on ne la développe pas dans les centres hospitaliers généraux où il y aurait de la place pour de la chirurgie pédiatrique standard, classique, celle que l'on connaît tous. La spécialité est concentrée dans les grandes villes et c'est une contrainte géographique pour nous.

Mais je ne regrette pas d'avoir choisi la chirurgie pédiatrique, c'est quelque chose que j'aime et que j'aimais faire.

En libéral, nous avons une liberté mais l'isolement est un poids et à l'inverse pour une telle activité, le CHU permet le travail en équipe mais avec une organisation qui reste lourde. J'aurais aimé pratiquer mon activité dans une équipe sans que ce soit forcément dans un CHU et malheureusement il n'y a pas vraiment de lieux pour le faire.

Je pense qu'il y a la place et les patients pour développer une activité chirurgicale pédiatrique dans les centres hospitaliers généraux, ce qui permettrait de désengorger les CHU et laisser les CHU traiter les cas les plus complexes. Cependant tenir un service en n'ayant que deux chirurgiens n'est pas suffisant étant donné la continuité des soins à assurer.

## SYNTHÈSE DES ENTRETIENS