

Rouen, le 12 août 2020

Chers Collègues, Chers Amis,

Les élections pour le renouvellement de notre CME vont intervenir le 17 novembre, les candidatures étant ouvertes jusqu'au 13 octobre.

De mon regard, la prochaine équipe devra porter un programme résolument moderniste, capitalisant sur tous les atouts de notre CHU et révisant ce qui mérite de l'être.

Les conclusions toute récentes du Ségur de la santé offrent un excellent levier d'action, avec maintes inflexions annoncées de la gouvernance hospitalière et l'opportunité d'expérimentations locales.

Volontaire pour conduire cette action, je souhaiterais recueillir un maximum d'avis sur le préprogramme détaillé *infra*, afin de m'assurer que l'analyse soit bien partagée, au-delà de la contribution de collègues de différents horizons ayant déjà beaucoup nourri ma réflexion.

Evidemment, c'est le regard de chacun qui m'importe, et pas seulement celui de ceux prévoyant de se porter candidat dans leur collège.

En pratique, je vous propose de nous réunir **le mardi 1<sup>er</sup> septembre à 17h00 à l'amphithéâtre Lecat à l'Hôpital Charles Nicolle**, tout en étant disponible pour rencontrer individuellement ceux qui le préféreraient.

Très sincèrement à vous

François CARON

## **Préprogramme pour le mandat 2020-2023 de notre CME :**

### **Le contexte**

Ce scrutin intervient dans un paysage marqué, à Rouen comme partout en France, d'abord par un cumul de difficultés à l'hôpital public <sup>1</sup> depuis des années, s'étant acutisées en 2019 pour aboutir aux premières avancées du plan ministériel « Ma santé 2022, investir pour l'hôpital » <sup>2</sup>. Est alors survenue cette crise COVID ayant rendu si visibles les forces mais aussi les blessures de l'hôpital, d'où le « Ségur de la Santé » qui en a découlé.

Les conclusions <sup>3,4</sup> de cette mission qui viennent d'être détaillées par le Ministre des solidarités et de la santé sont porteuses d'espoir, avec à côté des accords salariaux déjà actés maintes inflexions annoncées de la gouvernance : « *corrections des excès de la loi HPST* », « *remettre de l'humain, des moyens et du sens dans notre système de santé* », « *re-médicalisation de la*

décision », « organisation pouvant s'adapter à des situations locales et à des projets propres », « établissement pouvant réorganiser son directoire, sa CME, rendre les pôles tout ou partie optionnels », « le COPERMO a vécu », « création de lits et de postes », « décloisonnement des carrières entre ville et hôpital »...

Comme souligné par la mission sur la gouvernance hospitalière pilotée par le Pr CLARIS<sup>5</sup> et le rapport des directeurs généraux et des présidents de CME des CHU<sup>6</sup>, le Ségur de la santé a pu s'inspirer de la gestion de la crise COVID. Celle-ci a en effet bénéficié d'un remarquable élan de solidarité entre hospitaliers et d'une gouvernance médicalisée, simplifiée, pragmatique, hyper-réactive, en prise directe avec les équipes, soulignant *a contrario* combien les organisations pyramidales usuelles sont un frein à l'efficacité et à la créativité.

Aussi, il apparaît essentiel que la nouvelle CME sache s'inscrire dans cet historique récent et capitaliser sur les nouvelles relations médico-administratives nées de la crise COVID, afin de porter un projet moderniste, fondé sur les maints atouts de notre CHU, et changeant ce qui mérite de l'être, sans craindre la « rupture conceptuelle » là où elle est nécessaire pour redonner sens et confiance.

### Les quatre valeurs phare :

- i. Chaque décision sera pesée selon un **trio de priorités hiérarchisées : d'abord la qualité des soins** pour que « *l'hôpital centré sur le patient* » ne reste pas un vain mot ; **ensuite la qualité de vie au travail** avant tout pour la satisfaction individuelle mais aussi parce qu'il est impossible de bien soigner sans une équipe stable ; **enfin les considérations économiques** qui bien sûr sont à intégrer mais ne peuvent être l'alpha et l'oméga de toute décision. Le soin, ici, s'entend évidemment au sens très large : toutes les disciplines y concourent et relèvent dans leur management du même trio.
- ii. **Chaque agent et chaque discipline sont importants.** Le plus talentueux des praticiens n'est rien sans les autres, très au-delà de son seul service. Chaque métier - médical, soignant, administratif - concourt à la qualité des soins et mérite une pleine reconnaissance. Il est hors de question de désigner les « *spécialités fortes* », au risque de démotiver bien d'autres et alors que les critères d'évaluation demeurent discutables.
- iii. Les **services** - synonymes en CHU de disciplines universitaires - doivent redevenir la **clé de voûte du dispositif**, étant le repère des patients, des équipes, des étudiants et des confrères, et forgeant ainsi la réputation régionale de l'établissement. Des pôles il faut conserver le meilleur, à savoir les fédérations de service - qui parfois leur préexistaient - faisant pleinement sens pour la gestion des soins et la vie des équipes. Finissons-en par contre avec ces regroupements artificiels et ces processus décisionnaires complexifiés, chronophages et déconnectés des besoins du terrain.
- iv. Nulle décision d'importance ne peut naître sans **concertation ouverte** et tout doit être fait pour libérer la parole : « il faut savoir parler des sujets qui fâchent » afin de les mettre à plat avec bienveillance alors que le non-dit est non constructif. La CME aura à cet égard un rôle majeur, avec des débats clôturés par des votes à bulletin secret, donnant de la force aux décisions. Il sera aussi réactivé de vraies plénières, prenant le pouls de la communauté toute entière.

## Déjà cinq priorités d'action :

Le projet ne peut être totalement établi à ce stade, dépendant de vos retours pendant la campagne puis d'un « droit d'inventaire » que la nouvelle assemblée aura à exercer.

Cependant, cinq actions déjà se dégagent, la première particulièrement emblématique du changement de paradigme proposé :

### 1. Devenons CHU pilote pour la gouvernance, en inversant la logique de pensée française de cette dernière décennie pour désormais « créer des postes afin d'économiser ».

Pour la pédagogie Rouen a acquis voilà deux décennies une notoriété nationale grâce à l'implémentation des « techniques de Sherbrooke » dont il nous reste les ECOS désormais standard d'évaluation du second cycle, un bien précieux partagé par très peu d'UFR et nous valant un regain de visibilité.

Soyons de même audacieux pour le volet hospitalier et portons collectivement une expérience pilote : à l'instar d'établissements étrangers à la situation économique comparable, sachons investir dans la ressource humaine, notre bien le plus précieux, selon trois axes :

- **Etoffons en séniors**, partout où le besoin le justifie pleinement. Il en découlera d'abord de meilleurs soins en coachant davantage les décisions, avec des économies substantielles de prescriptions diagnostiques et thérapeutiques (plusieurs disciplines estiment la marge à 25 %), un moindre engorgement en imagerie et dans les laboratoires, d'où un raccourcissement des durées d'hospitalisation et une meilleure valorisation des séjours. Cela dégagera aussi du temps pour les activités de recherche, les premières à être sacrifiées en situation de tension, alors qu'elles apportent beaucoup individuellement et collectivement, y compris budgétairement (financements PHRC, points SIGAPS...). Davantage de séniors, c'est bien évidemment aussi moins de difficultés à établir les plannings, plus de temps pour le dialogue intra- ou inter-services et la prévention des crispations dues à la seule fatigue. Une telle dynamique devrait beaucoup aider à fidéliser les plus jeunes et à assurer le renouveau des services.
- **Déléguons au maximum du possible**, en empruntant aux expériences étrangères les plus avancées et en contribuant si nécessaire à faire modifier le cadre réglementaire. Alors que tant de spécialités sont en situation de tension, il est regrettable d'avoir à « brasser du soin courant » au-delà de ce qui est nécessaire à la formation des plus jeunes. Aussi les délégations de tâches seront très amplifiées, en se positionnant comme pionniers dans maints domaines, chacun devant y trouver son compte : patient reçus plus rapidement, médecins déchargés de tâches hyper-cadrées pour privilégier l'expertise, soignants bénéficiant là d'un renouveau professionnel et d'une bonification salariale. Evidemment les équipes soignantes devront être elles-mêmes bien dimensionnées pour faire face à ces missions nouvelles.
- **Créons de véritables secrétariats de direction à missions hospitalo-universitaires**. Il est aberrant que les médecins se noient dans des tâches administratives pouvant être déléguées. Le privé mais aussi maintes administrations fonctionnent autrement, chacun étant dans son cœur de métier,

avec un bénéfice individuel et collectif, y compris budgétaire. Ces glissements de tâches minent les équipes et pèsent sur l'attractivité.

Une telle révolution nous obligera collectivement : il ne saurait être question pour une équipe d'obtenir des postes sans ensuite bonifier ses indicateurs en termes de qualité de soins, de qualité de vie au travail, de bibliométrie, de renommée... Aussi une équipe projet sera installée pour porter en détail la conceptualisation, puis suivre pas-à-pas la mise en œuvre, d'abord dans quelques services pilotes avant de généraliser une fois la pertinence démontrée.

Le Ségur de la santé ouvre des perspectives pour un tel big-bang en soulignant qu'il faut « *sortir des dogmes* », « *permettre des expérimentations* », « *favoriser les initiatives des territoires* »<sup>3</sup>, tandis que le nouveau directeur de l'ARS, précédemment directeur adjoint de cabinet au ministère de la santé, annonce dès sa prise de fonction *vouloir* « *apporter un maximum de réponses concrètes, et pourquoi pas innovantes* »<sup>7</sup>. Aussi le renouveau ici proposé en termes de ressources humaines devrait faire écho non seulement chez les médecins et soignants mais aussi les directeurs, bien conscients des limites du précédent système et de l'intérêt à innover.

## **2. Allons vers l'autre, en intra- comme en extra-CHU**

*En intra-CHU :*

Les plus anciens se souviennent encore du « Club 134 » qui réunissait régulièrement tous les médecins juniors et seniors du CHU qui le souhaitaient afin d'écouter de brefs exposés. Cela permettait d'être informé des avancées des autres disciplines, de trouver de l'inspiration pour son propre exercice, de voir émerger les talents et de faciliter ensuite les échanges interservices. Bien des hôpitaux étrangers ont su maintenir de telles organisations, ne serait-ce que par collège.

Dans notre communauté très diverse, certaines disciplines fort transversales interagissent beaucoup avec les autres. Mais bien d'autres connaissent finalement mieux les collègues à l'autre bout de la France si ce n'est du Monde que les voisins de bâtiment.

La crise COVID a souligné le bénéfice à sortir de ce fonctionnement usuel « en silo » : les médecins et soignants venus en renfort ont non seulement apporté leur énergie mais ont enrichi les prises en charge de leur regard complémentaire, ce décloisonnement ayant permis de « *renforcer l'intérêt professionnel et le sentiment d'appartenance* »<sup>6</sup>.

Il faudra donc, une fois la crise passée, persister à interagir davantage, là encore dans une stratégie d'investissement : accepter de consacrer un peu de temps malgré le quotidien trépidant pour aller vers l'autre afin ensuite d'en tirer maints bénéfices.

Evidemment, cet objectif n'a nullement pour finalité de développer la polyvalence, en déplaçant ensuite les hospitaliers comme des pions pour des missions non souhaitées. Il s'agit juste de partager davantage pour que chacun puisse encore mieux exercer sa spécialité.

*En extra-CHU :*

L'ouverture se doit aussi d'être vers la ville, les autres établissements de santé publics et privés, le médico-social. Le paysage des différentes disciplines est composite, et d'abord en terme de territoire d'influence : il faudra être pragmatique et faire avec cet historique, tout en souhaitant que le format de réflexion pour l'avenir soit le plus large possible et si possible normand, puisqu'il y a tout à gagner en termes de masse critique et de complémentarité,

notamment pour les plus jeunes pouvant trouver un grand bénéfice à ces échanges. Quant au mode d'exercice pour accompagner cette complémentarité, il faudra de même être souple tant les situations sont diverses entre les hyper-spécialités essentiellement hospitalières et les disciplines de soins courants à forte valence libérale. D'ores et déjà plusieurs équipes de notre CHU ont construit des partenariats public-privé innovants, notamment à la faveur du COVID. Poursuivons donc la réflexion, sans tabou, en une stratégie aidant à la qualité des soins, à la fidélisation des collaborateurs et à la renommée du CHU tête de pont.

Le plan Ma santé 2022 <sup>2</sup> puis le Ségur de la santé <sup>3</sup> ont pointé explicitement ces évolutions intra- et extra-hospitalières : « *il n'est plus possible de prendre en charge les patients par silo* », « *permettre plus simplement aux médecins libéraux d'aller travailler à l'hôpital et aux praticiens hospitaliers d'avoir un exercice ambulatoire, notamment dans des zones sous-denses* » ; « *la mixité d'exercice est une réponse au mur démographique qui se présente devant nous* ». Ceci nous donne les arguments pour plaider les moyens nécessaires au développement de telles passerelles, les objectifs **1** et **2** étant croisés, des équipes davantage étoffées ne pouvant qu'aider au « aller vers ».

### **3. Développons la prévention**

« Mieux vaut prévenir que guérir », chacun le sait, et rien n'est préférable en terme de santé globale. Pour autant, la prévention reste le parent pauvre du système de soins français, les CHU n'échappant pas à la règle. Cette situation est d'autant plus désolante que des progrès notables ont été réalisés ces dernières années dans maints champs, tant en prévention primaire (maladies évitées) que secondaire (diagnostic précoce atténuant le handicap). Plusieurs de nos équipes ont investi fortement cette dimension mais bien d'autres conviennent de marges de progression pour le soin et plus encore la recherche.

Se donner cet objectif est en pleine cohérence avec les items **1** (délégations de tâches) et **2** (vision territoriale) et fait particulièrement sens en notre région marquée par des sur-incidences de fragilité de la population et une sous-densité sanitaire.

Les appels à projet en ce domaine sont nombreux depuis plusieurs années et bien abondés, tandis que le Ministère incite encore à la démarche avec la planification pour cet automne 2020 d'un « *Ségur de la santé publique* » <sup>3</sup>.

Saisissons donc collectivement cette opportunité pour renforcer l'engagement du CHU dans la prévention, en nous étoffant à cette fin au bénéfice des patients, mais aussi des équipes élargissant leur champ d'action et leur renommée.

### **4. Précisons le devenir des différents sites et donnons une perspective à chacun**

Bien des villes, mêmes des plus petites, savent concerter leur schéma d'aménagement à long terme, très au-delà des mandatures électorales. Rien de tout cela en notre CHU : du fait des contraintes du COPERMO, du court-termisme budgétaire et sans doute aussi d'une réticence aux débats collégiaux, voilà plus d'une décennie que nous n'avons pas collectivement évoqué le devenir de chacun des sites hospitaliers d'où découle la vie de toutes les équipes.

La genèse du Robec est à cet égard tristement éloquente, les fondamentaux de son fonctionnement telles les disciplines appelées ou non à y œuvrer n'ayant été arrêtées qu'en

cours de construction. Pour la suite de la restructuration de Charles Nicolle, différentes annonces ont déjà été faites, mais pour lesquelles persistent beaucoup de zones d'ombres. Et quid précisément de l'hôpital de Bois-Guillaume après la cession d'une partie des bâtiments ? Quid du devenir global de l'hôpital Saint-Julien ? Et encore des sites de Oissel et de Mont-Saint-Aignan ? La communauté hospitalière toute entière méritera d'être bien davantage associée à la réflexion sur le devenir de l'établissement et d'être informée des enjeux évidemment très complexes.

Se faisant, il sera donné corps à la recommandation du Ségur de la santé de corriger « *la gouvernance des établissements trop opaque, manquant de démocratie interne* »<sup>3</sup>.

## **5. Créons une unité tampon qui bénéficiera à l'ensemble de la filière adulte (médicale et chirurgicale, MCO et SSR)**

Ces dix dernières années, la litanie des journées d'hôpital en tension (« HET ») est devenue invraisemblable. Jadis très mobilisatrices pour les services, ces alertes sont désormais subies comme une fatalité. A chaque fois, les conséquences en sont lourdes : attente pour les patients, retards et parfois perte de chance malgré tous les efforts, lits supplémentaires ici et là hors filière (patient de médecine en chirurgie ou inversement) mettant tous les acteurs en difficulté, pression excessive sur les sorties ou sur les transferts (notamment en SSR), usagers légitimement insatisfaits d'être ainsi bousculés, équipes désolées des soins apportés, milliers d'heure de palabres en année pleine juste pour passer ces caps, sans jamais avoir pu traiter le sujet au fond.

D'un avis très partagé, il est illusoire de prétendre diminuer l'amont des urgences, les marges de manœuvre pour le CHU étant des plus limitées et déjà largement investiguées. L'UHA qui apporte beaucoup ne correspond pas à une unité tampon à part entière, s'étant structurée concomitamment à une contraction d'autres lits. Dès lors, plutôt que de subir régulièrement dans maints services les conséquences de ces tensions, mieux vaudrait créer une unité en sus, à l'instar de ce qui existe dans tant d'autres hôpitaux. Même si le foncier est contraint, en particulier sur Charles Nicolle, il semble indispensable de prioriser ce projet qui impliquera aussi beaucoup de créativité en termes de ressources humaines.

A cet égard, le Ségur de la santé représente aussi un levier d'action puisqu'il annonce « *l'ouverture de lits à la demande pour s'adapter aux besoins et aux pics saisonniers* »<sup>3</sup>.

## **Le parcours amenant à cet engagement :**

Rouennais de souche, j'ai choisi de m'ancrer tout en me formant aussi à l'extérieur (3 années à Paris, 1 à Boston), l'infectiologie étant à ma génération une discipline encore confidentielle.

Ayant hérité en 1998 d'un petit service, je n'ai eu de cesse de le développer, et d'abord dans le domaine du soin, en veillant à la dimension préventive (vaccinologie et dépistage), à la transversalité (avis, consultations mixtes, réunions pluridisciplinaires), à porter une politique antibiotique rigoureuse et à développer la lutte contre les infections nosocomiales, ces fonctions m'ayant amené à connaître chaque filière et chaque site hospitalier. Le soin m'a aussi conduit à un fort engagement régional : combat contre le VIH, contrôle d'une épidémie à méningocoque ayant fait des ravages durant près d'une décennie, création d'une unité

dédiée aux risques infectieux émergents et structuration d'un service de conseils en antibiothérapie à format normand aidant tous les collègues de ville et des établissements de santé ne disposant pas d'infectiologue. Ces développements ont impliqué beaucoup de négociations au rang du CHU, de la DDASS devenue ARS et parfois du Ministère, en lien avec les représentants des usagers et les élus chaque fois que cela était opportun. La gestion de la crise COVID depuis janvier 2020 a renforcé encore ces articulés.

J'ai aussi fortement investi la dimension facultaire, tant pour la pédagogie que pour la recherche, ayant créé avec d'autres puis piloté pendant 7 ans une équipe labellisée (EA 2656) désormais au format normand, développant là d'autres interactions avec l'Université, la Région et les équipes caennaises.

Ayant œuvré comme chef de service avec cinq directeurs généraux et observé de près les évolutions de la gouvernance, j'ai pointé tôt les dérives induites par la loi HPST et ce qui en a suivi, appelant à une application la plus nuancée possible sur notre terrain rouennais et à une révision du positionnement de nos tutelles, tout ceci se trouvant désormais en phase avec le Ségur de la santé.

Aussi, ce parcours me rend confiant quant à l'aptitude à porter un renouveau pour notre CHU, afin de transmettre aux plus jeunes un hôpital public faisant pleinement sens à tous les hospitaliers et retrouvant ainsi une belle attractivité.

François CARON

## Références :

1. [Rapport de l'Académie de Médecine du 12 février 2019 \(12 pages\)](#)
2. [Ma santé 2022 : investir pour l'hôpital - Communication du Ministère de la santé du 20 novembre 2019 \(20 pages\)](#)
3. [Discours d'Olivier VERAN, Ministre de la santé, du 21 juillet 2020 \(18 pages\)](#)
4. [Conclusions du Ségur de la santé - Dossier ministère de la santé - juillet 2020 \(55 pages\)](#)
5. [Mission sur la gouvernance et la simplification hospitalières confiée au Pr Olivier CLARIS – juin 2020 \(156 pages\)](#)
6. [Contribution commune des CHRU au Ségur de la santé - Rapport joint des conférences des directeurs généraux et présidents de CME de CHU de mai à juillet 2020 \(104 pages\)](#)
7. [Communiqué de l'ARS de Normandie du 16 juillet 2020 \(1 page\)](#)