

Chères et chers collègues :

Je vous présente ma candidature pour représenter la pédiatrie à la prochaine CME, dont la procédure sera lancée en septembre 2020. Si je suis élu, je me porterai candidat à la présidence de la nouvelle CME. Il m'a paru légitime d'assumer mon engagement à défendre l'hôpital public réellement menacé.

Rouennais, je suis investi depuis longtemps dans la vie du CHU, je connais les rouages médico-administratifs et aussi ses évolutions. Les médecins de ma génération ont finalisé la transformation d'un « hôpital universitaire de recours à proximité de Paris » en un CHU singulier et reconnu sur le plan national. Ceci me permet d'affirmer que les atouts sont nombreux et toujours d'actualité : une dynamique collective, une expertise dans toutes les disciplines, une pharmacie performante, un plateau technique de haute qualité, des équipes avec un rayonnement international.

Les médecins qui font le CHU sont pluriels par leur métier, statut et motivations qui les conduisent à y exercer. Chacun doit être reconnu. Le souhait est d'assurer le soin, cœur de notre métier, dans les conditions humaines, matérielles, éthiques, en accord avec nos valeurs. La pluridisciplinarité, le contexte stimulant d'un établissement universitaire sont des facteurs d'attractivité.

La principale difficulté actuelle du CHU est celle commune aux hôpitaux publics :

Les réformes du financement à l'acte (T2A) en 2007 et celle de la gouvernance en 2009 (Loi HPST) ont fait entrer dans la tourmente l'hôpital public. La direction générale a tous les pouvoirs, les services ont été écartés au profit de pôles « contractualisés », et d'un directoire, au fonctionnement opaque, et dont le contre-pouvoir médical attendu n'est pas apparu à la communauté médicale. L'hôpital public a été contraint à une augmentation « d'activité » indépendante de l'offre de soins répondant aux besoins de la population. L'hôpital public s'est vu imposer une réduction « dogmatique » de sa masse salariale. Le privé est passé d'un système complémentaire de soins à un modèle compétiteur.

Au quotidien, le fonctionnement de l'hôpital s'est trouvé bouleversé : le directeur de l'établissement est le seul chef, la mission principale du soin est reléguée après les objectifs comptables, les médecins et les chefs de service sont des salariés comme les autres et leur avis est régulièrement contourné, la mutualisation est devenue une règle managériale au dépend du respect des compétences, la qualité au travail se dégrade, l'absentéisme des soignants explose, les spécificités des missions du CHU sont banalisées par les tutelles, volontiers mises sur le même plan que celles du privé. Il faut ajouter des différences élevées de salaires privé-public, une permanence des soins mal rémunérée, désorganisant les services, assurée majoritairement par le public et, un service public associé au gaspillage.

Les conséquences sont connues : une dégradation de la qualité des soins ; une perte d'attractivité du CHU pour les médecins, la carrière universitaire, et soignants ; une organisation, complexe et bureaucratique, ; des conditions de travail en inéquation avec les la qualité attendue et les valeurs éthiques, une permanence des soins lourde et rébarbative, et des conséquences sur les missions universitaires.

Je formule l'espoir que ce projet mobilisera suffisamment de médecins pour le mener à bien, en suscitant des candidatures à la CME. Il le faut pour faire vivre et évoluer notre hôpital universitaire.

Avec mes sentiments amicaux

Christophe Marguet

Chef du département de pédiatrie et de médecine de l'adolescent

Le projet : Un hôpital centré sur le patient où chaque médecin, soignant doit se retrouver dans son métier et son projet

Les axes du projet que je vous soumetts est l'issue d'une réflexion mûrie au cours d'une carrière professionnelle qui s'est toujours appuyée sur le collectif, que ce soit au CHU, ou dans les diverses responsabilités nationales qui m'ont été confiées. Elle s'est récemment enrichie de vos réponses au questionnaire que je vous avais fait parvenir, de ma participation active au comité national inter hospitalier, source d'échanges avec différents professionnels de santé de différentes disciplines.

Deux précisions en préambule :

- Le président de CME est affiché comme le n°2 des CHU depuis 2009. Mais les textes ne lui confèrent que peu de contre-pouvoir face au DG. Le collectif est un contre-pouvoir.
- Le regroupement d'une grande partie de l'activité médicale et de l'administration sur un site à taille humaine oblige à une coopération médico-administrative pour un fonctionnement serein.

1- Renforcer la légitimité médicale au sein de la gouvernance, par des décisions prises et validées par la collectivité. Le président de la CME porte la parole collective

- Les décisions du président de CME sont prises avec Le bureau, représentatif et paritaire
- La CME se donne les moyens d'étudier et débattre en amont les projets touchant la collectivité et émet un avis écrit argumenté et diffusé.
- Les chefs de service sont impliqués en amont dans tous les projets qui les concernent, et sont consultés sur les grandes orientations.
- Création d'une commission de suivi des projets médicaux intégrant paramédicaux et usagers. Elle s'assure de l'affectation des financements dédiés aux projets, en particulier des MIG

2- Se réapproprier le fonctionnement médical par un retour à la subsidiarité et au concept d'équipe

- Le service redevient l'interlocuteur principal de la CME

Le service et son équipe doivent retrouver des capacités d'initiative, d'action et de décision, garder la maîtrise de son organisation et de sa composition, en particulier le choix des cadres de proximité, dont le rôle est essentiel. Son fonctionnement est légitimé par un conseil de service élu.

- *Respecter les compétences des équipes des services*

Exiger une vraie politique de remplacement et de redéploiement des paramédicaux en accord avec les soignants et les services concernés en lieu et place à la politique de mutualisation polaire.

Exiger une transparence de la DRH sur les affectations budgétaire des soignants

3- Assurer et améliorer ses missions de soin de proximité et mieux identifier et valoriser les activités de recours et d'expertise du CHU.

- *Repenser l'organisation de la permanence des soins, obstacle majeur de l'attractivité*

Autonomiser le fonctionnement des urgences adultes comme dans de nombreux CHU

Développer le transfert de données à domicile (télémédecine) pour les spécialités qui s'y prêtent radiologie, orthopédie etc... afin d'alléger les astreintes

Saisir l'ARS sur un état des lieux régional de la permanence des soins avec les tutelles et reconnaître le rôle central du CHU et le financement qui en découle.

- *Evaluer les besoins capacitaires en lit au CHU et au sein du GHT*

Assurer une marge de manœuvre pour fluidifier les flux des urgences et préserver l'activité d'expertise, programmée ou l'activité chirurgicale ne relevant pas de l'ambulatorie.

- *Conserver une large offre de soins au CHU pour le bénéfice du patient et des étudiant-e-s*

la pluridisciplinarité est une force de l'hôpital public comparé au privé, indispensable à une prise en charge globale du patient, et un atout pour assurer une formation complète aux futurs médecins. Valoriser les médecines dites alternatives : hypnose, ostéopathie etc.

- *Poursuivre une politique qualitative de pertinence des soins, du circuit du médicament*
- *Identifier et améliorer l'organisation des activités de recours pour les maladies complexes, rares ou en errance diagnostique.*

Organiser des circuits multidisciplinaires pour les patients (favorisés par la nouvelle circulaire frontière)
Développer l'organisation en plateformes d'expertises, et défendre leur financement auprès des tutelles.

Développer les nouveaux métiers : infirmières de pratique avancées et coordinatrices

Développer la décision médicale partagée, et ses outils, dont l'éducation thérapeutique.

- *Suivre et accompagner le fonctionnement et le développement de l'activité « Robec » enjeu majeur de l'activité chirurgicale*
- *Poursuivre la politique de maintien et développement du plateau technique*

4- Faciliter la qualité des soins, et la qualité au travail

➤ *Travailler sur une organisation permettant de renforcer les effectifs des paramédicaux lorsque la charge de travail augmente avec la commission des soins infirmiers et médicotechniques.*

- *Formaliser des circuits courts qui doivent devenir la règle*

En s'appuyant sur le projet logistique en cours pour le fonctionnement au quotidien

Réduire les strates et réunions multiples en simplifiant les procédures

- *Revenir à une politique de secrétariat et d'aide administrative en lien avec un projet informatique et numérique fort. Arrêt du projet actuel de secrétariat. Arrêt des glissements de tâche*
- *Créer une commission CME de la qualité au travail*

Présente dans d'autres CHU, elle analysera les causes de départ des médecins afin de les prévenir.

5- Anticiper et fidéliser les recrutements médicaux

- *Poursuivre la politique de post-internat*
- *Une stratégie d'accompagnement des candidats ayant le souhait de travailler au CHU*
- *Aider le parcours des candidats universitaires en proposant un renforcement médical par des assistants, et de faciliter leur mobilité sur le plan financier.*
- *Être à l'écoute des parcours individuels*

6- Affirmer la position (sub)régionale du CHU en recherche clinique et en formation, en coopération avec l'UFR de médecine & pharmacie de Rouen

- *Poursuivre la politique volontariste du CHU en recherche clinique (Maison de la recherche) et au sein du G4 (G2) : la recherche clinique est indissociable d'une activité de soin.*

Avoir une politique de moyens pour développer les cohortes, analyser les données de santé, valoriser la base de donnée « big-data » développée par S. Darmoni, renforcer les équipes statistiques et d'épidémiologie. Discuter avec la DGOS de l'amélioration des appels d'offre des PHRC régionaux. Poursuivre la politique d'aide à l'écriture.

Labelliser le système DPI du CHU auprès de la CNIL pour faciliter les études épidémiologiques et rétrospectives

Réfléchir à un mécénat à l'anglo-saxonne finançant la recherche via la fondation Charles Nicolle.

- *Défendre une valence universitaire pour les PH du CHU*

Je l'avais fait ajouter au texte du CIH. La réalisation d'une recherche est le fruit d'une équipe permettant un équilibre entre temps de soins et temps de recherche.

- *Renforcer les missions de formation et de transfert de compétence en renforçant les liens avec les hôpitaux de la région et le réseau de ville :*
- *Poursuivre le développement du MTC, favoriser les formations de simulation*

Une brève présentation

Je suis rouennais, pédiatre, âgé de 62 ans, pneumo-pédiatre et allergologue, chef du département de pédiatrie et de l'adolescent, un service regroupant une dizaine des surspécialités, un centre de référence maladie rare, 12 centres de compétences, une antenne CIC. Je pratique la délégation, et me définit comme un coordinateur dont la mission est de faire évoluer de façon collective le service et ma discipline, mais aussi les défendre. Cet état d'esprit se transpose aisément au sein d'un établissement.

Mon cursus m'a amené à travailler en collaboration étroite avec mes collègues adultes et de développer des projets communs. Au CHU, j'ai créé la pneumologie-pédiatrique, anime le CRCM mixte (mucoviscidose) labellisé centre de recherche clinique au niveau européen. J'ai créé l'activité d'allergologie pédiatrique et soutenu, défendu et accompagné mes collègues adultes pour la création de la plateforme SATIE. J'ai également construit les urgences médicales pédiatriques et défendu des années cette activité jusqu'à l'aboutissement récent d'un service autonome d'urgences médico-chirurgicales pédiatriques.

Elu à trois reprises à la CME, je m'y exprime régulièrement, ai participé à des commissions, et je suis actuellement du membre du bureau.

Sur le plan national, j'ai eu plusieurs responsabilités collectives. Parmi elles, j'ai participé à la création et au développement de la société de pneumologie et allergologie que j'ai présidé 8 ans. J'ai participé depuis le début au développement du circuit de soins national de la mucoviscidose, qui a abouti à une filière maladie rare monothématique. Je suis membre fondateur de la société française de Mucoviscidose, que je préside actuellement.

Sur le plan universitaire, je suis coordinateur du DES de pédiatrie et d'allergologie, membre du groupe de recherche GRAM.02 associant les universités de Caen et Rouen, avec une thématique sur le VRS.

Enfin, un pédiatre peut s'engager pour une collectivité diverse, et porter une vision globale au sein d'un établissement. Le Pôle FME à lui seul regroupe de nombreuses spécialités médicales et chirurgicales, un extrême de la vie et malheureusement aussi les fins de vie. L'important est de savoir s'entourer des compétences complémentaires nécessaires.