



Restructuration du CHU Poitiers : anticiper l'hôpital de 2020

Le Centre Hospitalier Universitaire de Poitiers compte plus de 1 900 lits et places, répartis sur trois sites : l'hôpital de la Milétrie, le site de Lusignan et celui de Montmorillon. Ces 10 dernières années, le site de la Milétrie a été profondément restructuré suite à une succession d'opérations de modernisation et de construction. De nouveaux bâtiments comme le bâtiment administratif Agora (2016) ou encore le Centre Cardio-Vasculaire (2017) ont ainsi permis d'optimiser les différents équipements du CHU. Architecturalement connecté au principal ensemble immobilier du CHU, le CCV a, par exemple, permis de réunifier les activités de court séjour de l'établissement, auparavant localisées dans le pavillon René-Beauchant pour les activités de cardiologie et de chirurgie cardiaque. De nouveaux projets sont aujourd'hui sur les rails comme le Centre d'Explorations et Thérapeutiques Interventionnelles au sein de l'hôpital Jean Bernard ou encore la reconstruction des installations de médecine et de chirurgie de l'hôpital Montmorillon. Les constructions de la Maison de Santé Publique et de la blanchisserie centrale sont également amorcées et ne demandent plus qu'à être finalisées. Avec ces différents projets de constructions et de modernisations successifs, le CHU de Poitiers souhaite ainsi conforter la qualité de ses prises en charge, développer de nouvelles procédures médicales et chirurgicales et asseoir un peu plus son rôle de recours sur le territoire régional.



Le CHU de Poitiers...

Jean-Pierre Dewitte : Notre établissement est équilibré dans tous les domaines. Il est à l'image de son site qui compte 50 % de zones construites et 50 % de zones vertes. Dans le pourcentage de zones occupées, 20 % comprennent des bâtiments et 30 % accueillent des parkings. Le CHU dispose

donc d'un cadre agréable, efficacement maintenu avec, entre autres, une équipe de jardiniers de grande qualité. L'équilibre de l'hôpital se retrouve également dans son image. Les constructions de grande hauteur ouvertes dans les années 80 et empruntées au modèle conçu dans les années 70 aux États-Unis ont été progressivement entourées de structures satellitaires qui sont parvenues à adoucir l'image verticale de l'établissement. Le site est ainsi devenu plus agréable pour les utilisateurs. L'équilibre du CHU de Poitiers se traduit aussi dans ses activités. Toutes les disciplines y sont présentes et sont toutes accompagnées dans leurs évolutions. Nous allouons les ressources de l'établissement à tous ses secteurs de spécialité et accompagnons toutes nos équipes les plus proactives et motivées. Nous maintenons ainsi l'équilibre de notre offre de soin. Le CHU assure des activités classiques de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO) ainsi que des offres de gériatrie, de soins de suite et de réadaptation. L'hôpital comprend donc une Unité de Soins de Longue Durée (USLD) et des activités d'EHPAD.

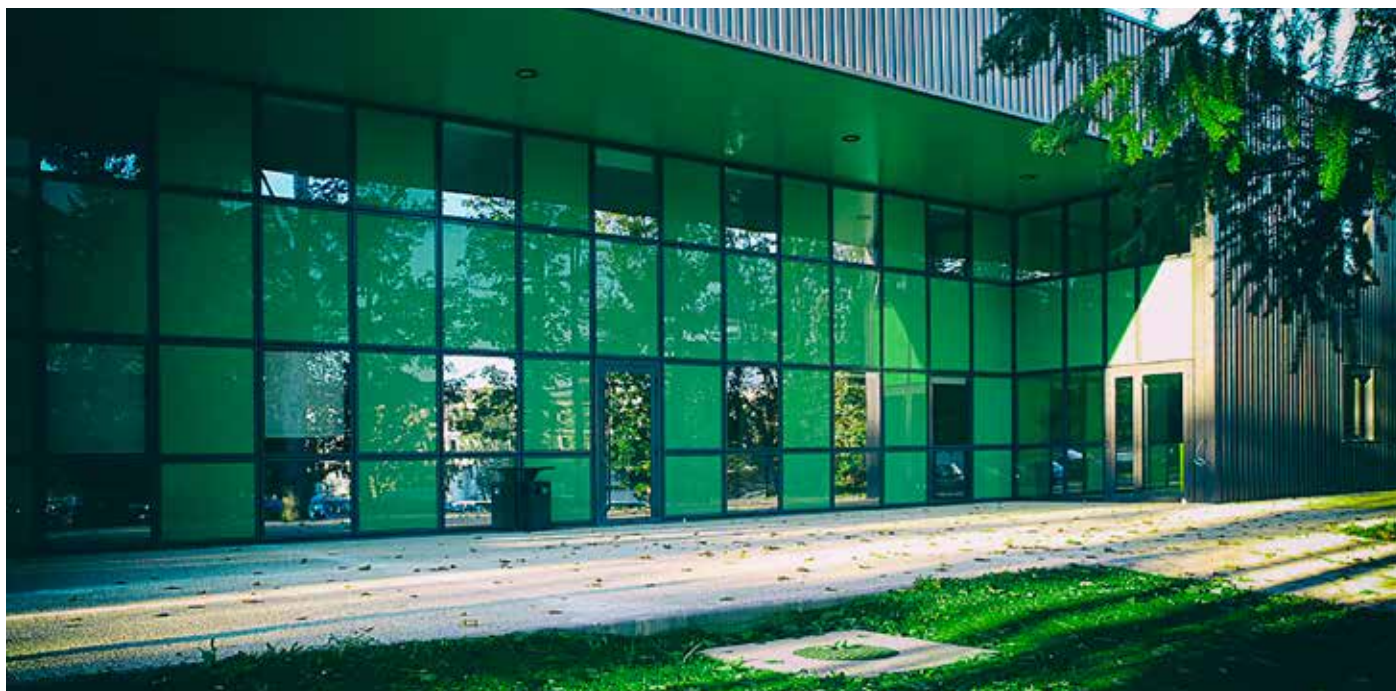
Sur le plan financier, le CHU conserve également un bon équilibre. Sa capacité d'investissement lui permet une certaine autonomie dans le développement de ses projets. L'établissement doit aussi sa force à ses

équipes sérieuses et compétentes. Aujourd'hui, nos objectifs sont de poursuivre le développement de cette stabilité au niveau départemental, en adéquation avec notre rôle au sein du Groupement Hospitalier de Territoire (GHT). En fusionnant d'ores et déjà deux établissements du département, le CHU tente de conserver un équilibre des soins entre la ville et la ruralité. La direction envisage d'ailleurs la création d'un nouveau bâtiment Médecine-Chirurgie-Obstétrique sur Montmorillon. Elle traduit ainsi la volonté du CHU d'accompagner le développement du réseau de santé à l'échelle territoriale.

Comment le CHU est-il positionné sur son territoire ?

J.-P. D. : L'établissement reste très lié à son ancienne région Poitou-Charentes dans la répartition de ses parts de marché. Il traite en priorité les patients des départements de la Vienne et des Deux-Sèvres, notamment en raison de sa grande proximité avec la commune de Niort. En dehors de ce bassin de population, près de 15 % de la patientèle de l'hôpital proviennent de villes plus éloignées telles que La Rochelle ou Angoulême et environ 5 % sont issus d'autres régions. Nous traitons des habitants de la région Centre-Val de Loire, et plus particulièrement du département de l'Indre. Enfin, 4 % de la population accueillie au CHU est d'origine étrangère. Nous entretenons un lien fort avec la population anglaise, notamment en raison de vols directs Londres-Poitiers encourageant l'attractivité de l'offre du CHU au-delà de la Manche. Historiquement, la communauté anglaise est très présente sur le territoire et alimente le recours au CHU par les touristes anglais. Ils peuvent ainsi bénéficier d'un système de santé français plus rapide que le système britannique.





Quel est l'impact de la création de la région Nouvelle Aquitaine sur le positionnement du CHU ?

J.-P. D. : Cette nouvelle région rend le positionnement de l'établissement bien plus complexe. Alors que le CHU était unique dans la région Poitou-Charentes, désormais, il se retrouve sur un territoire régional comptant deux CHU supplémentaires situés à Bordeaux et Limoges. Parallèlement, au sein de l'inter-région Sud-Ouest, intégrant l'Occitanie et l'Aquitaine, le CHU collabore avec les établissements de Montpellier, Nîmes, Toulouse et Bordeaux, pour ses activités de recherche clinique. Cette nouvelle région a donc de nombreux impacts sur l'évolution de notre établissement, les trois CHU régionaux devant apprendre à collaborer efficacement. De plus, Poitiers et Limoges doivent composer avec le tropisme bordelais légitime au regard du volume de la population sur ce territoire et de la qualité du CHU de Bordeaux. La mise en place de la région Nouvelle-Aquitaine va donc obliger les CHU à se repositionner pour assurer leur synergie. Elle devra également servir de levier pour maintenir le développement fort de nos structures hospitalo-universitaires, notamment en matière d'innovation. Chaque établissement conserve ses points forts en matière d'activité. Il peut donc maintenir sa position de leader dans ces domaines grâce à des investissements adaptés. Le CHU de Poitiers, pour sa part, entretient une activité de cancérologie supérieure à celle du CHU de Bordeaux ou du centre de lutte contre le cancer Bergonié de Bordeaux. Malgré cela, la nouvelle région peut entraîner le développement d'un CHU au détriment des deux autres. À titre d'exemple, dans le cadre du projet de création de 12 plateformes génomiques sur le territoire national à horizon 2025, les hôpitaux universitaires de Limoges, Bordeaux et Poitiers ont privilégié une réponse commune. La plateforme régionale serait positionnée sur la ville de Bordeaux. Cette ville est certes un choix naturel pour un tel projet mais j'espère que les pouvoirs politiques, notamment au niveau de l'ARS, sauront veiller à un équilibre entre nos différents établissements dans le partage des grandes innovations à venir. L'IRM 7 Tesla serait, par exemple, un investissement très pertinent pour soutenir les activités d'excellence du CHU de Poitiers. Cependant, à moyen terme, nos trois établissements de santé universitaires devront assurer le partage des compétences et des activités. Cette

répartition est pratiquement obligatoire pour des raisons économiques et démographiques. Nous rencontrons tous des difficultés de recrutement pour certaines disciplines hospitalo-universitaires. Nous devons donc travailler en synergie avec nos partenaires de la nouvelle région.

Pourquoi les fusions successives du CHU de Poitiers avec les hôpitaux de Lusignan et Montmorillon étaient-elles inévitables ?

J.-P. D. : Ces fusions ont été réalisées afin d'assurer l'équilibre de l'offre de soin au niveau territorial. Ces deux établissements étaient trop modestes pour entreprendre des investissements. Ils se trouvaient dans une situation de précarité administrative et médicale qui, à terme, aurait assuré leur perte. L'hôpital de Lusignan est une structure spécialisée dans l'activité de gériatrie et de soins de suite. Or, la population âgée du territoire a besoin de ces structures de proximité spécialisées. À la reprise du site de Lusignan, le CHU de Poitiers a directement entrepris des investissements pour doubler ses capacités de soins de suite. Une fois l'équipe médicale commune de gériatrie mise en place, nous avons pu recruter des médecins supplémentaires. L'hôpital de Montmorillon comprenait, quant à lui, quelques activités de MCO. Il est desservi par une situation géographique difficile à 55km de Poitiers et 60km de Limoges et des accès routiers peu commodes. Son bassin de population de 40.000 habitants ne lui permet pas d'attirer de jeunes praticiens. Néanmoins, j'ai toujours été convaincu de l'importance de répondre aux besoins de soins de cette population assez âgée. Cet exercice a été difficile à mener car les médecins du CHU restent peu enclins à exercer dans ce type d'établissements très excentrés. À force d'écoute et d'échange avec nos équipes, nous parvenons à organiser des effectifs médicaux partagés entre le CHU et l'hôpital de Montmorillon. Cette dynamique nous permet aujourd'hui d'entreprendre la reconstruction des installations de médecine et de chirurgie de l'hôpital de Montmorillon grâce à un projet de 20M€. Cette opération a un caractère symbolique. Elle prouve que nous pouvons et devons assurer le maintien et le développement de structures de santé de premier niveau pour des populations peu mobiles vivant dans des zones difficiles d'accès.



Existe-t-il un maillage similaire avec d'autres structures précaires du territoire ?

J.-P. D. : Nous nous tournons désormais vers le nord du territoire, et plus précisément vers les hôpitaux de Châtellerauld et Loudun. Le premier est un bel établissement et le second, plus modeste que l'hôpital de Montmorillon, est dans une situation plus difficile. Il est situé à 60km de Poitiers et à environ 40km de Châtellerauld. Il se retrouve assez isolé et souffre d'un manque important de médecins libéraux et hospitaliers. Dans ce contexte, le CHU a participé à la création d'une équipe médicale d'urgences commune. Le chef de service des urgences du CHU est responsable de tous les urgentistes du département. Grâce à un planning unique, le CHU garantit la présence continue d'au moins un urgentiste dans les quatre structures d'urgences du territoire. Ce projet s'accompagne de pratiques et de ressources communes, notamment au niveau des véhicules utilisés.

Outre le CHU, les pouvoirs publics ont-ils ressenti ces phénomènes de désertification dans ces zones et le danger qu'ils représentent pour les populations ?

J.-P. D. : Les pouvoirs publics n'ont clairement pas rempli leur mission de régulation, peut-être car ils étaient dans l'incapacité de la remplir. Les acteurs les plus pertinents restent les maires. Certaines communes ont su prendre conscience de la gravité de la situation de l'offre de santé hospitalière de leur territoire et de la catastrophe qu'aurait pu représenter la fermeture de leur hôpital. Quelle qu'ait été leur orientation ou leur étiquette politique, les maires de Lusignan et de Montmorillon ont efficacement collaboré avec le CHU. Cet exercice s'est fait malgré de grandes difficultés et les réactions de certains acteurs politiques locaux et de certains de leurs administrés leur reprochant d'abandonner leur hôpital local. Aujourd'hui, ces premières réactions sont largement dépassées. Tous les acteurs locaux et la population de ces bassins sont très heureux de constater le dynamisme nouveau de leur établissement de proximité.

Comment s'est faite la création du GHT de la Vienne ?

J.-P. D. : Le GHT a été très efficacement mis en place. Les fusions successives, notamment pour Châtellerauld et Loudun, ont permis de faciliter les démarches. Les premiers échanges n'ont cependant pas été naturels car le CHU et l'hôpital de Châtellerauld ont longtemps entretenu une rivalité historique, notamment au niveau politique. Aujourd'hui, nos coopérations se développent très bien et tous les professionnels connaissent les impératifs de santé de leurs établissements. Ils admettent cette nécessité de rapprocher les structures les plus proches sur le plan

géographique pour faire face à une démographie médicale déclinante. Désormais, seul l'hôpital psychiatrique du territoire est extérieur au GHT après avoir obtenu une dérogation nationale. Cet établissement envisage la création d'une communauté de territoire en psychiatrie avec la structure spécialisée d'Angoulême qui reste également isolée grâce à cette même dérogation. Cette situation est due à une vision radicale de la « spécificité psychiatrique » et à un positionnement très fort des médecins et présidents de CME de ces structures spécialisées. La séparation entre somatique et psychiatrie est devenue leur principal cheval de bataille.

Quelles sont les forces de ce groupement hospitalier de territoire ?

J.-P. D. : Ce GHT permet aux établissements du territoire d'être plus étroitement reliés au CHU et ainsi de mieux assurer leur pérennité sur le plan médical. Ce groupement est aussi un moyen efficace de garantir l'équilibre de l'offre hospitalière entre les zones urbaines et rurales. Dans le cadre de l'élaboration de notre projet médical commun, nous avons engagé des discussions pour chacune de nos filières médicales afin de définir ensemble les améliorations et les aménagements les plus pertinents. Nous travaillons plus précisément la notion de parcours et notre organisation avec la médecine de ville ainsi que la gradation des offres de santé en fonction des établissements. De ce fait, nous étudions plutôt la filière de soin et les transferts de patients entre structures de santé. Notre objectif reste, bien sûr, de conserver une offre médicale publique variée pour l'ensemble du territoire.

Comment les acteurs de santé privés sont-ils positionnés sur le territoire ?

J.-P. D. : Le territoire compte trois cliniques privées majeures. L'une d'elles est à Châtellerauld et les deux autres sont à Poitiers. Ces deux dernières font partie du groupe Elsan et sont particulièrement efficaces, notamment dans le domaine chirurgical. Malgré quelques axes de complémentarité, elles sont concurrentes du CHU.





Envisagez-vous d'intensifier vos coopérations avec ces établissements privés ?

J.-P. D. : Les cultures privée et publique des acteurs de santé du territoire sont très différentes. De ce fait, nous allons sûrement demeurer en concurrence. Cette situation est dommageable car des évolutions peuvent être proposées et des économies peuvent être réalisées par le développement d'axes de travail communs plus poussés. Mais outre un accord sur la réalisation de certains actes privés de cardiologie au sein du plateau technique du CHU, nous n'entretenons aucune collaboration significative. La population médicale du secteur public, sur notre territoire, est très attachée aux valeurs du service public. Pour remédier à cet écart clivant, nous devrions recréer des passerelles entre les structures privées et publiques afin de permettre aux médecins d'exercer de façon partagée entre ces différents établissements. Mais, lors de leur propre réorganisation, les acteurs privés n'ont, à aucun moment, cherché à inclure les structures publiques dans leurs démarches. Après la consolidation du GHT, le CHU devra travailler le développement de sa personnalité morale et de ses relations avec la médecine de ville. Par la suite, nous pourrions faire des structures privées du territoire des partenaires à part entière du GHT. Nous avons dans d'autres domaines comme l'imagerie, ou la médecine nucléaire par exemple créé des GIE avec le secteur libéral qui sont en succès.

Pour quelles raisons le territoire ne dispose-t-il pas d'un réseau ville-hôpital efficient ?

J.-P. D. : L'hôpital a encore une culture d'ouverture insuffisante. Il s'est souvent comporté comme un acteur omniscient connaissant parfaitement sa population et sa patientèle. De ce fait, il était à la fois fermé et condescendant

vis-à-vis des établissements de santé publics ou privés de son territoire et des médecins libéraux de son bassin. La réciproque est vraie. La médecine de ville, quant à elle, souffre d'un manque de professionnels sur le territoire. Les acteurs présents font face à de tels volumes d'activités qu'ils n'ont aucun temps à consacrer à l'échange et à l'entretien de leurs relations avec l'hôpital.

Quelles sont les solutions pour établir une communication efficace entre les acteurs libéraux et l'hôpital ?

J.-P. D. : La solution la plus utopique serait de proposer des niveaux de rémunération identiques entre les médecins hospitaliers, privés et libéraux. Elle permettrait de traiter un grand nombre de problèmes dans les relations entre les différents acteurs du territoire. En étant plus raisonnable, la solution la plus pertinente serait d'offrir des modalités d'exercice différenciées. Nous devons permettre au médecin d'exercer à la fois à l'hôpital, en ville et dans le secteur privé. En encourageant cet exercice, les professionnels auraient une vision bien plus globale et partagée car chacun pourrait ainsi être conscient des difficultés propres à chaque secteur. Aujourd'hui, les carrières médicales sont très figées par des statuts très contraints. Concernant exclusivement le lien entre la ville et l'hôpital, le CHU offre aux médecins libéraux du territoire, depuis le mois de juin, un accès privilégié au dossier médical de leurs patients respectifs. Nous renforçons ainsi la communication entre les médecins hospitaliers et libéraux liés par une patientèle commune. Enfin, deux fois par an, nous organisons des réunions avec les médecins libéraux pour comprendre les problématiques majeures dans leurs relations avec l'hôpital et définir ensemble les solutions les plus adaptées.