



Centre Hospitalier d'Auxerre : un schéma directeur ambitieux pour reconfigurer l'image de l'établissement

Le Centre Hospitalier d'Auxerre est l'établissement de référence de l'Yonne Sud dont l'activité se concentre sur les secteurs de Médecine Chirurgie Obstétrique et de soins de suite. Ses points forts concernent notamment les activités de cardiologie, d'oncologie ou encore d'obstétrique. Depuis plusieurs années, l'établissement est engagé dans un schéma directeur d'envergure devant lui permettre d'assurer la reconfiguration de son image, de proposer des conditions d'accueil du patient à hauteur des standards attendus aujourd'hui tout en accompagnant le développement d'une offre de soins attractive auprès des professionnels de santé. La première phase de ce schéma directeur a été concrétisée par la création d'un pôle Mère-Enfant livré en 2013. Ce pôle a permis le regroupement du service de gynécologie, de l'unité de grossesse à risque, de la maternité, du secteur obstétrical, de la néonatalogie, de la pédiatrie et des urgences adultes. Les équipes de l'établissement sont désormais tournées vers la construction d'un nouveau bâtiment pour la cardiologie, la médecine interne et vasculaire, l'hémodialyse et la néphrologie. Les travaux ont débuté en juin 2017 et devraient durer deux ans. Puis une troisième tranche des travaux enchaînera afin de regrouper tous les services de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) sur le site de l'hôpital. Toutes les équipes médicales et paramédicales de l'hôpital ont été consultées durant chaque étape de ces différents projets. Leur implication a permis le développement d'une discussion importante et constructive. Malgré les contraintes attendues dans le cadre de tels projets structurels, le résultat final répondra ainsi pleinement aux attentes des collaborateurs de l'établissement.



Le Centre Hospitalier d'Auxerre...

Pascal Guoin : Le CH d'Auxerre est un établissement en difficulté mais qui sait tirer partie de ses atouts. Il est également pleinement conscient de ses défauts et des points qu'il doit retravailler et améliorer. Aujourd'hui, le CH d'Auxerre est l'établissement pivot d'un territoire de 250

000 habitants. Il couvre les besoins de sa zone principalement rurale du sud de l'Yonne et du Haut Nivernais. Son territoire est également composé d'une zone plus urbanisée sur la ville d'Auxerre qui connaît un déclin démographique depuis une dizaine d'années.

Dans quelle mesure le Groupement de Coopération Sanitaire sud de l'Yonne et du Haut Nivernais a-t-il anticipé la mise en place du Groupement Hospitalier de Territoire ?

P. G. : Nous avons largement anticipé les grandes lignes développées par les deux lois successives de 2009 et 2016. Dès mon arrivée à la tête de l'hôpital, en 2007, j'ai constaté la nécessité d'organiser la coopération entre les différents acteurs du territoire. La coopération s'est formalisée en 2008 par la mise en place d'un groupement de coopération sanitaire (GCS), qui a évolué en Communauté Hospitalière de Territoire (CHT) puis en Groupement Hospitalier de Territoire en 2016. Les centres hospitaliers d'Auxerre, Avallon, Clamecy et du Tonnerrois sont d'ailleurs en direction commune depuis 2012.

Comment se déroule le développement de ce GHT ?

P. G. : Le GHT est encore marqué par les acteurs du GCS et de la CHT qui poursuivent leur développement en collaboration tout en respectant leur identité historique respective. La direction commune et le troisième projet

médical commun du GCS permettent la recherche de mutualisations dans les domaines de l'informatique, de la gestion, des pratiques et du partage de compétences. Cependant, l'Yonne m'apparaît comme un département assez réservé en matière d'avancée et de collaboration, et la situation d'Auxerre en est un exemple frappant. Dans de nombreuses villes modestes comptant entre 40.000 et 45.000 habitants, nous constatons habituellement une mutualisation ou, du moins, une recherche de convergence entre les structures sanitaires du territoire, qu'elles assurent des missions de gériatrie, de santé mentale ou de Médecine-Chirurgie-Obstétrique (MCO). En revanche, la ville d'Auxerre bénéficie de trois établissements distincts assurant les missions de ces trois domaines tout en s'ignorant, voire en s'opposant. La volonté de se singulariser prend clairement le pas sur la collaboration sur le territoire auxerrois. Pour une ville et un département d'une telle importance, cette situation est dommageable. D'autant que l'hôpital d'Auxerre connaît de grandes difficultés en matière de recrutement. Il comptabilise 33 postes médicaux vacants sur 170 dans des spécialités médicales et chirurgicales. Cette division frappante sur le territoire impacte très négativement l'attractivité du centre hospitalier.

Quels sont les résultats des trois projets médicaux communs déjà menés par les acteurs de santé du territoire ?

P. G. : Ces projets sont des réussites dans de nombreux domaines, notamment la filière gériatrique qui bénéficie de la convergence des visions et des intérêts des acteurs du territoire. De même, concernant les consultations avancées, tous comprennent désormais communément les besoins réels des hôpitaux périphériques. Ces établissements couvrent des zones rurales comprenant une population très peu mobile et ne recourant donc plus aux structures de soin. Il nous faut alors développer les solutions les plus adaptées à leur prise en charge au plus près du domicile.



Certaines coopérations médicales sont donc développées et efficaces sur le territoire...

P. G. : Le GHT est avant tout une volonté médicale, et il doit le rester. Les décisions du Ministère de la Santé et leur application par les Agences Régionales de Santé (ARS) ne peuvent permettre le développement de l'organisation de notre système de santé si le corps médical sur le terrain (médecins hospitaliers comme libéraux) refuse de s'impliquer.

Existe-t-il un réseau ville-hôpital efficient sur le territoire ?

P. G. : La volonté de créer un tel réseau existe mais la réalité est différente. Tout comme l'hôpital, le territoire peine à attirer de nouveaux profils médicaux. Nos départements font partie d'une zone géographique formant une diagonale sur le territoire français qui est particulièrement touchée par une désertification accélérée de l'offre de santé libérale. Elle résulte, en partie, d'un tissu économique peu dynamique.

Dans quelle mesure la reconfiguration de l'offre publique de santé impacte-t-elle la stratégie de développement du centre hospitalier d'Auxerre ?

P. G. : Cette reconfiguration doit impacter le développement de notre établissement en l'encourageant à se spécialiser dans certains domaines. Concernant le GHT, j'ai une vision différente de celle retenue par l'ARS qui a choisi de développer deux groupements distincts pour le département rural de l'Yonne comprenant 340.000 habitants. Pour ce territoire icaunais, j'aurais privilégié la mise en place d'un GHT unique qui aurait permis le développement de convergences avec les acteurs de santé de la ville de Sens, notamment pour le partage d'activités très utiles, comme l'ophtalmologie ou la gastroentérologie. Les prises en charge dans ces spécialités pourraient être optimisées avec des ressources et des compétences partagées permettant de pallier le manque d'effectif.

Comment pourriez-vous développer ces activités pour des spécialités répondant clairement à une demande de soin ?

P. G. : Il existe une demande très claire que nous essayons de traiter avec les partenaires dont nous disposons. Nous avons créé une fédération de cardiologie permettant la réalisation de très nombreux actes (hormis la chirurgie cardiaque). Ce domaine de spécialité étant l'un des plus développés au sein du centre hospitalier d'Auxerre, cette collaboration est très efficace. De plus, dans notre politique de coopération, nous ne faisons que peu de distinctions entre établissements publics ou privés. L'essentiel est que le patient dispose d'un traitement de qualité à un coût raisonnable. L'hôpital a mis en place un statut de clinicien pour attirer de jeunes praticiens spécialisés. Avec la ville, l'établissement développe des collaborations dans le cadre de l'accueil des internes et des retours de satisfaction des internes en fin de semestre. Nous avançons également dans nos travaux communs avec le CHU dédiés à l'augmentation du nombre d'assistants médicaux partagés. Ces opérations sont financées en fonds propres par l'hôpital d'Auxerre. Parallèlement, nous avons monté une cellule de communication en lien avec la ville pour essayer d'améliorer l'attractivité de l'établissement. Nous tentons, par ces démarches, de préserver le dynamisme du centre hospitalier, mais le développement des collaborations territoriales est principalement entravé par la défiance réelle entre les acteurs de santé icaunais. Elle se traduit par un compartimentage des compétences et des ressources allant à l'encontre de leur regroupement. Nous ne pouvons mesurer l'impact que cette situation peut avoir sur l'état de santé de la population, mais elle détériore clairement l'attractivité de notre réseau sanitaire.



Avec quels autres établissements entretenez-vous le plus de liens ?

P. G. : Nous avons des liens privilégiés avec l'ensemble des établissements du GCS Sud Yonne et Haut Nivernais : les centres hospitaliers d'Avallon, de Clamecy, du Tonnerrois, le Centre Hospitalier Spécialisé de l'Yonne (CHSY) et la Maison Départementale de Retraite de l'Yonne (MDRY). La coopération est particulièrement avancée avec les CH de la Direction commune (avec les CH d'Avallon, Clamecy et du Tonnerrois). Notre rapprochement avec l'hôpital tonnerrois est historique et date d'une douzaine d'années, alors que l'établissement avait perdu ses activités de chirurgie et de maternité. Il était alors très déficitaire et le centre hospitalier d'Auxerre est intervenu pour sa restructuration, en collaboration avec les acteurs politiques locaux et l'ARS. Aujourd'hui, nous entretenons une bonne dynamique générale. Outre le GCS, nous développons des collaborations avec nos partenaires sénonais et la polyclinique auxerroise.

Quelle est la nature de vos relations avec le CHU de Dijon ?

P. G. : Le CHU de Dijon est situé à 150 km du centre hospitalier et a ses propres préoccupations, desquelles nous sommes souvent éloignés. Le CHU a pris conscience récemment (notamment suite aux difficultés rencontrées en pédiatrie au CHA) que le CH d'Auxerre pouvait être un partenaire privilégié de sa coopération et de son rayonnement régional compte tenu d'intérêts partagés. Ce contexte contraste avec le passé où chacun ignorait l'autre.



En matière d'attractivité, quelles sont les forces actuelles de l'hôpital d'Auxerre ?

P. G. : Sur le plan médical, l'hôpital dispose d'un service de cardiologie reconnu. L'équipe de gynécologie-obstétrique est également de très grande qualité. En oncologie, le travail de nos praticiens reste insuffisamment connu mais exemplaire. Nous défendons également la qualité de notre service de médecine interne et de médecine gériatrique. Plus globalement, la ville d'Auxerre et la région sont attachantes et plaisantes, à condition de prendre le temps de les apprécier et de les observer. Avec de meilleurs axes de circulation, Auxerre serait une ville bien plus développée car elle bénéficierait mieux de l'attractivité de la capitale parisienne.

Quel est l'état de santé financière de l'hôpital ?

P. G. : Le bilan financier de l'hôpital était excellent jusqu'en 2016, avant d'afficher un déficit de 3M€ qui devrait se perpétuer en 2017. L'hôpital accueille exclusivement des activités de court séjour de MCO et, de ce fait, dépend entièrement de la T2A. Or, ce mode de financement est particulièrement instable et nous constatons une baisse de prix annuelle de l'ordre de 1%. L'hospitalisation complète, le mode de prise en charge qui permet de financer les hôpitaux, et non l'hospitalisation de jour et l'ambulatoire, est particulièrement concernée. À ce rythme, dans quelques années, les prix liés à l'hospitalisation complète seront grandement détériorés. Additionnées à un manque de professionnels médicaux au sein de l'établissement, nos activités de MCO entraînent des pertes de financement et, donc, une situation de déficit. Cette situation très handicapante pour l'hôpital démontre clairement les limites de la tarification à l'activité.

Quels étaient les enjeux du schéma directeur de ces dernières années ?

P. G. : Ce schéma directeur devait permettre à l'hôpital de proposer au

patient un confort de séjour optimal grâce, notamment, à un très haut taux de chambres individuelles et de bonnes prestations hôtelières. Il devait également accompagner le développement d'une offre de soins attractive auprès des professionnels de santé. Notre projet de près de 10M€ (partie travaux uniquement) comprend, entre autres, la reconstruction des installations hospitalières pour regrouper les activités de court séjour à proximité de l'entrée de l'hôpital et du plateau technique. Les installations les plus éloignées de ce plateau seront le service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) et l'Unité de Soins de Longue Durée (USLD).

Comment le personnel de l'hôpital est-il accompagné dans ces différents projets ?

P. G. : Le personnel est systématiquement informé de l'évolution des projets. La situation déficitaire de l'établissement nous a, par exemple, amené à modifier notre schéma directeur initial. Ce premier plan comprenait la réhabilitation du bâtiment dédié aux SSR. Cette opération a finalement été abandonnée au profit d'un regroupement des activités au sein d'un unique bâtiment. Ce choix nous permet d'assurer la sécurité de chacun, car le bâtiment abandonné ne respectait plus les normes incendie, tout en réalisant une économie d'au moins 6M€.

Quels sont les éléments vous permettant de développer une vision à 5 ans de l'évolution du Centre Hospitalier d'Auxerre ?

P. G. : Cette vision englobe l'évolution de l'hôpital mais également celle de son territoire. Au regard des missions du centre hospitalier auprès de la population, nous envisageons le renforcement de notre plateau technique et l'augmentation du nombre d'exams offerts à la population. L'autorisation récemment accordée à l'hôpital de disposer d'un deuxième scanner va nous permettre de développer de nouvelles activités jusqu'alors absentes ou insuffisamment présentes.

Comment le Centre Hospitalier d'Auxerre est-il positionné dans la dynamique nationale de développement de l'ambulatoire ?

P. G. : L'établissement est mal positionné dans ce domaine, notamment car il exerce dans un territoire se prêtant difficilement au développement de l'ambulatoire. Nous traitons une population rurale vieillissante disposant d'une couverture médicale différente de celle des habitants de grandes villes. De plus, les patients accueillis à l'hôpital présentent souvent des pathologies complexes et évoluent dans des environnements sociaux difficiles. Ils sont souvent seuls ou en déshérence sociale avec un tissu familial éclaté. Aussi, ces personnes ne peuvent pas être prises en charge facilement et quitter l'hôpital sans que leur sortie soit anticipée. Nous devons assurer un suivi et une prise en charge continue pour pallier le manque de médecins généralistes sur le territoire. Cette situation influence, entre autres, la Durée Moyenne de Séjour (DMS) de l'hôpital. Cette dernière peut être très bonne sur certaines activités, notamment la cardiologie qui affiche une DMS de 2 jours ou la maternité avec des taux de césariennes parmi les meilleurs du pays et une DMS de 3 jours. Mais certains autres domaines comme la médecine gériatrique rencontrent plus de difficultés pour atteindre des DMS optimales. Nous avons, par ailleurs, créé un service médical d'accueil post-urgence qui devait assurer des hospitalisations de 72 heures. Il accueille désormais des patients pendant 4 jours en raison, notamment, des difficultés de prise en charge en aval de l'hospitalisation.

La ruralité d'une partie de votre territoire vous oblige-t-elle à développer la mobilité de vos équipes ?

P. G. : La direction de l'hôpital reste la plus mobile face à cette ruralité. Certains médecins sont plus ou moins mobiles également en fonction de leurs volontés et de leurs projets. Nous avons constitué des équipes mobiles de gériatrie et de soins palliatifs pour le territoire auxerrois. Nos médecins mobiles varient, notamment dans les domaines de la chirurgie, l'oncologie et de l'obstétrique. Notre service de santé publique couvre une zone dépassant largement le bassin. Enfin, pour répondre aux besoins de la population malgré cette ruralité, nous devons encourager la coopération entre les acteurs du territoire.

Quelle importance accordez-vous au management des relations humaines ?

P. G. : Il est fondamental car l'hôpital est avant tout humain. Il doit être à la fois participatif et responsabilisant pour permettre à chacun de nos collaborateurs de prendre conscience de sa mission et de son rôle dans la construction et l'évolution de l'hôpital. L'individualisme et l'égoïsme sont des sentiments qui desservent l'hôpital et le développement de l'offre de santé du territoire.



Dans quelle mesure souhaitez-vous développer l'image de l'hôpital ?

P. G. : Nous devons impérativement valoriser les atouts de notre établissement et faire de l'implication collective de nos équipes une valeur ajoutée et une notion majeure de l'image de l'hôpital. Nous devons intégrer, avant tout, la réalité que le centre hospitalier d'Auxerre dispose d'un avenir certain et pérenne si nous mutualisons son évolution et dynamisons les recrutements.

Quelle est votre vision de l'hôpital du XXI^e siècle ?

P. G. : Je m'interroge grandement sur cet hôpital. Tous les gouvernements successifs ont prôné la modernisation de l'hôpital, et notamment sa numérisation, sans s'intéresser au maillage de l'offre publique de santé sur le territoire. Or, ce maillage devrait être le premier levier de développement d'une vision globale de notre système de santé. L'approche que nous devons avoir pour l'hôpital du XXI^e siècle est celle d'un établissement gradué incluant des pôles centraux aux moyens importants et des pôles périphériques exerçant une médecine de proximité. Cet hôpital devra également développer un volet préventif que nous ne parvenons toujours pas à valoriser.

Ayant exercé dans l'éducation en tant que professeur, quel lien feriez-vous entre l'enseignement et la santé ?

P. G. : La pédagogie est un élément essentiel dans ces deux domaines et l'hôpital ne le manipule pas encore suffisamment. L'aspect social de la prise en charge doit également être renforcé à l'hôpital, entre autres grâce à de meilleures interactions avec les acteurs du domaine social. Il est alors important de créer, outre des structures centralisées, des solutions d'accompagnement personnalisées, de proximité, mobiles et plus proches des populations. L'hôpital du XXI^e siècle devra mieux jouer pleinement son rôle en renforçant l'égalité sociale.

