



CHU de Rouen

Proposer aux Normands un hôpital plus performant et plus confortable

Le CHU de Rouen est le plus grand établissement de santé de Normandie et il est le premier employeur de la région. Il est composé de 5 sites : l'hôpital Charles-Nicolle au cœur de Rouen, l'hôpital Bois-Guillaume, l'hôpital Saint-Julien de Petit-Quevilly, l'hôpital de Oissel et l'hôpital Boucicaut de Mont-Saint-Aignan. Le CHU est depuis plusieurs années en pleine mutation, dynamisé par l'innovation médicale et technologique, la recherche constante d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins. Son architecture et ses modes de prises en charges se transforment avec les objectifs principaux de proposer aux normands un hôpital plus performant et plus confortable, des parcours de soins plus fluides et un meilleur accueil des patients.

Cette modernisation de grande ampleur concerne aussi bien l'architecture de l'hôpital que ses organisations de travail pour améliorer l'accessibilité comme les conditions d'hospitalisation des patients mais aussi la qualité de vie au travail des professionnels de santé. Cette ambitieuse opération de restructuration et de modernisation était nécessaire afin de maintenir pour le CHU de Rouen le niveau de qualité attendu dans les années à venir d'un grand centre hospitalier universitaire !



Comment définiriez-vous votre établissement le CHU de Rouen ?

Véronique Desjardins : Le CHU de Rouen est un établissement de recours et de proximité. Ces caractéristiques ont été parfaitement illustrées durant la crise COVID car nous avons répondu aux besoins des habitants de la métropole tout en aidant et en soutenant les établissements du territoire qui se trouvaient en difficulté. Ces contraintes, qui ont varié à mesure de l'avancée de la crise sanitaire, étaient relatives aux places de réanimation, au champ d'approvisionnement de matériels ou d'équipements spécifiques, ou encore à l'appréciation des traitements qui évoluaient en permanence. Nous avons ainsi créé un grand centre de vaccination qui nous a demandé beaucoup d'efforts d'organisation et qui nous a permis d'être leaders dans l'approvisionnement en vaccins en comparaison des autres acteurs de la vaccination du territoire.

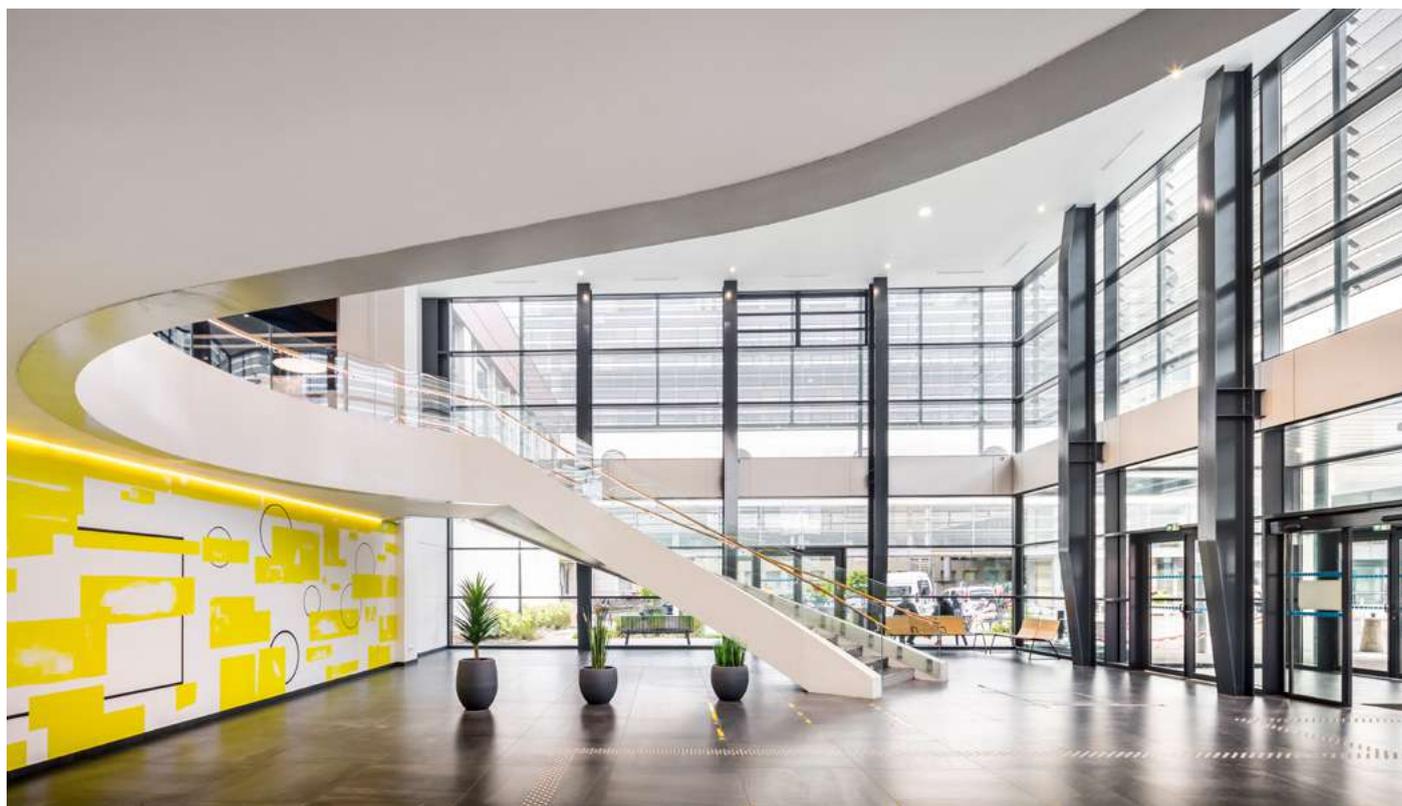
Comment le CHU de Rouen assure-t-il ses missions d'établissements de recours et de proximité ?

V. D. : La vocation d'un CHU est d'être un centre de recours, et je suis satisfaite de partager avec l'ensemble de la communauté médicale une responsabilité assumée dans le ressort de la subdivision. Il s'agit d'une responsabilité d'irrigation universitaire, que nous mettons notamment en place avec le Havre car nous construisons actuellement une universitarisation de ce groupe hospitalier. Ce très grand établissement accueille de plus en plus d'universitaires et nous entretenons avec lui de nombreuses relations de coopération, notamment à travers nos filières patients. Nous créons actuellement une plateforme commune d'anapath qui sera dotée d'outils de numérisation des lames. Le chef de

service d'anapath de notre CHU étant également celui du Havre, nous avons donc créé une équipe commune afin de pallier les difficultés que le CHU du Havre rencontrait. Notre plateforme d'anatomopathologie dessert déjà d'autres établissements et a vocation à répondre aux besoins des hôpitaux publics de la région avec des moyens modernes. Une partie du travail a donc lieu à distance et nos équipes du CHU assurent l'interprétation des lames afin d'offrir un service de qualité aux autres établissements. Cette démarche nous permet d'être attractifs, en offrant aux jeunes médecins un service territorial sans pénibilité de déplacement et avec un haut niveau d'équipement. Enfin, notre qualité d'établissement de proximité se vérifie par notre important service d'accueil d'urgences, qui est le troisième plus grand de France. Un nouveau bâtiment vient d'être inauguré pour le SAMU et nous y installerons un service d'accès aux soins dans les prochains mois. En attendant, le bâtiment dispose déjà d'espaces dédiés à ce service et des praticiens libéraux assurent la régulation de la permanence des soins ambulatoires. Nous accueillons également le numéro national SOS suicide pour toute la région normande.

Comment votre CHU se positionne-t-il sur son territoire de santé ?

V. D. : Nous réalisons environ 60 % de l'ensemble des actes de médecine de notre territoire de santé. A titre d'exemple, nous pratiquons 70 % de l'activité de pneumologie car très peu de pneumologues libéraux sont installés dans notre région, mais notre activité de chirurgie a, quant à elle, régressé. De nombreux lits et salles d'opérations ont été fermés durant la période COVID et nous n'avons pas encore retrouvé notre niveau antérieur d'activités. Le secteur privé n'a été que peu mobilisé en 2021 et 2022 sur le front épidémique et n'a pas eu besoin de déprogrammer ses activités, ce qui lui a permis de gagner certaines « parts de marché ».



Le nouveau hall du CHU de ROUEN avec une fresque de O.Nottelet - ©Sergio Grazia



Le nouveau bâtiment ROBEC - ©Sergio Grazia

Nous avons néanmoins préservé les activités de recours en chirurgie cardiaque, en chirurgie lourde digestive, oncologique et thoracique. Nous avons développé le pôle « SOS mains » et nous sommes le seul établissement du territoire à réaliser des greffes ophtalmologiques.

Comment faites-vous à présent pour augmenter votre part d'activité chirurgicale ?

V. D. : Nous devrions ouvrir nos blocs opératoires encore fermés mais nous manquons de certaines ressources humaines et notamment d'IBODE (Infirmier(e) de Bloc Opératoire Diplômé(e) d'État). Nous aurions un effectif suffisant d'IADE (Infirmier(e)-Anesthésiste Diplômé(e) d'État) pour ouvrir l'ensemble de nos salles, mais nous avons besoin d'IBODE en effectif supplémentaire. Ce déficit s'observe d'ailleurs dans tous les hôpitaux, publics comme privés.

Quelle est votre politique en matière de partenariat et de coopération ?

V. D. : Durant le COVID, des chirurgiens de notre CHU ont opéré leurs patients au sein de cliniques privées qui leur ont offert des créneaux opératoires. Nous avons également développé des coopérations avec le centre de lutte contre le cancer pour offrir aux médecins un espace de travail complémentaire et nous souhaitons mettre en œuvre des collaborations avec l'hôpital d'Évreux qui manque de ressources chirurgicales. Nous nous offrons donc la possibilité d'opérer nos patients dans d'autres établissements. Nous tentons également d'optimiser

notre organisation. Le projet ROBEC 2020 a débuté lorsque nous avons ouvert un bâtiment comportant 26 salles opératoires durant la pandémie. Pendant cette période, tout le personnel a été amené à réinterroger ses pratiques. Fin 2021, les vacances ont été réparties différemment et nous nous sommes orientés vers des regroupements par familles de spécialités pour occuper les différents espaces de ce nouveau bâtiment. Un important travail collaboratif a été initié entre les anesthésistes et les chirurgiens afin de réfléchir à leur intérêt commun à se projeter différemment dans ce nouvel espace. Cette réflexion nous a permis de réaménager d'autres espaces en dehors du bâtiment ROBEC et nous visualisons à présent la manière dont seront organisées les activités chirurgicales ces prochains mois.

Quelle est la nature de vos relations avec le CHU Caen Normandie ?

V. D. : La région possède désormais la particularité d'être dotée de deux CHU et de deux universités. Nous entretenons de très bonnes relations avec le CHU Caen Normandie. Nos zones d'attractivité et d'interventions sont définies par les subdivisions universitaires et les anciennes régions. Le CHU de Rouen attire principalement les habitants de l'ancienne Haute-Normandie alors que le CHU de Caen accueille des habitants de l'ancienne Basse-Normandie. Nous essayons de relancer nos collaborations interrompues par la période COVID, telles que celles relatives à la chirurgie cardiaque. Nous avons ainsi organisé des réunions afin de structurer les filières de prises en charge publiques.

Quels sont les atouts du GHT Rouen Cœur de Seine ?

V. D. : Le GHT Rouen Cœur de Seine est relativement petit. Hormis le CHU et l'hôpital psychiatrique du Rouvray, les autres établissements comportent peu de filières et seul l'hôpital du Belvédère est un bâtiment MCO. Le GHT n'est donc doté que de quatre filières : la gériatrie, la santé mentale, la périnatalité et la pharmacie, qui sont néanmoins très dynamiques et dont nous avons le temps de nous occuper car elles sont peu nombreuses. Toutefois, les frontières du GHT ne résument pas notre activité de coopération et de partenariats. Nous portons une grande importance à l'amélioration des filières de prise en charge des patients avec le Havre, Dieppe, Elbeuf et Évreux et nous réalisons actuellement un bilan de ces collaborations extérieures afin d'approfondir nos partenariats dans certains domaines.

Le CHU de Rouen est le plus grand établissement de santé de Normandie et il est le premier employeur de la région. Trois hôpitaux sont en direction commune avec lui et, bien que les plus petits établissements aient eu peur d'être invisibilisés par le CHU, ils sont finalement très satisfaits par ce groupement. Le CHU leur apporte en effet du soutien, il leur permet de travailler de façon plus sécurisée, et il respecte leurs identités. Les retours du personnel sont d'ailleurs très satisfaisants.

De plus, la direction commune nous permet, au sein du CHU, d'avoir conscience des problèmes que peuvent rencontrer ces plus petits hôpitaux de proximité, notamment en matière de démographie médicale. La mise en place de la commission médicale de groupement permettra d'apporter un meilleur dialogue relatif à ces préoccupations, qui

sont assez différentes entre les équipes du CHU et les équipes des autres établissements.

Quels sont les déficits en matière d'activités et de prises en charge identifiés sur le territoire ?

V. D. : Les indicateurs de morbi-mortalité du territoire ne sont pas bons et nécessitent que nous élargissions notre couverture des besoins de santé. Les activités relatives à l'addictologie sont donc en développement et nous continuons à améliorer nos filières gériatriques. Notre territoire est en effet vieillissant mais notre filière personnes-âgées est dynamique et dotée de solides coopérations, bien que nous manquions de gériatres. Nous avons donc créé une plateforme gériatrique, qui a d'ailleurs servi de modèle à l'ARS Normandie afin d'être déclinée dans tous les GHT. Il s'agit d'une plateforme de ressource pour les EHPADs, ainsi que pour le SAMU, afin d'orienter au mieux les personnes âgées et de limiter leurs passages aux urgences. Nous devons également parer aux besoins relatifs à la santé mentale, à la pédopsychiatrie et à la cancérologie. Sur ce dernier point, nous entretenons des coopérations étroites avec le centre Henri Becquerel, avec lequel nous partageons un projet médico-scientifique afin d'offrir aux patients les meilleurs parcours et prises en charge. Nous considérons qu'ensemble, nous représentons un centre de référence en cancérologie. Et nous le revendiquons ! Des points de suivi de ce projet sont régulièrement prévus pour essayer de l'améliorer et de consolider ce partenariat et cette offre de soins.





Nous avons également créé une association qui porte le campus santé Rouen Normandie avec l'université, le centre de lutte contre le cancer et le CHU de Rouen, grâce à notre grande proximité géographique. Nous sommes en effet situés sur un campus de formation, de soin et de recherche et nous avons voulu renforcer et rendre visibles les liens qui nous unissent. L'ancien président de la Matmut, Daniel Havis, préside aux destinées du campus et nous aide à améliorer la communication de cette image et à réfléchir aux évolutions qui permettront au campus d'être plus attractif, en matière de qualité de vie au travail et d'intérêts scientifiques. L'un des bâtiments du campus accueille d'ailleurs des start-ups, telles que Robocath, qui emploie une centaine de salariés. Un autre espace pour lequel nous avons signé un partenariat avec la métropole est en cours d'aménagement et nous développerons un département d'odontologie. La Normandie était l'une des seules régions qui ne formait pas de dentistes, ce qui a créé un fort déficit de cette profession sur notre territoire. La future faculté d'odontologie sera donc répartie entre Caen et Rouen.

Avez-vous pu imaginer avec vos partenaires un schéma directeur commun ?

V. D. : La métropole finance la réalisation d'un schéma directeur immobilier à l'échelle du campus. C'est l'aboutissement de toutes nos coopérations. Le schéma directeur nous permettra de déterminer le positionnement des activités que nous souhaitons développer. Les circulations et les aménagements urbains seront pris en compte, car il est dans l'intérêt de la métropole de revaloriser ce site. Nous espérons que nos projets seront aboutis d'ici 2030.

Nous travaillons également au sein du G4, le réseau des CHU de Lille, d'Amiens, de Caen et de Rouen qui existe depuis 15 ans. Il a été redynamisé depuis quatre ans par différents acteurs qui ont souhaité y apporter des investissements pour des projets de recherche partagées, des prises en charge spécifiques et un entrepôt commun de données de santé. Les équipes de nos quatre CHU ont en outre répondu à un appel à projet dont l'objectif était de créer des fédérations hospitalo-universitaires afin de réaliser des projets de recherche sur des thématiques larges. Nos équipes travaillent donc ensemble dans les domaines de la recherche et de la formation en cancérologie, pédopsychiatrie, cardiologie, ou encore génétique. Le G4 a fait émerger certains projets inter-régionaux, mais les collaborations doivent tenir compte de la distance qui sépare nos hôpitaux. Nous avons également créé un centre d'expertise psychogériatrique soutenu par les deux ARS des Hauts-de-France et de la Normandie. Il est implanté à Lille et à Caen.

Quel est l'état de santé financière du CHU ?

V. D. : Le « bouclier financier » mis en place dès 2020 afin d'aider les hôpitaux à surmonter la crise sanitaire nous a beaucoup aidés. L'année 2022 a été plus difficile car nous n'avons pas retrouvé notre niveau antérieur d'activité et nous avons dû faire face à l'inflation, comme tout le monde. Néanmoins, et même si notre situation financière actuelle est complexe, nous devons répondre aux besoins de santé et continuer d'investir pour retrouver notre ancien niveau d'activités.

Je retiens néanmoins de cette période, la grande protection financière dont les hôpitaux ont bénéficié pour faire face aux effets secondaires de la crise sanitaire.

La modernisation du CHU de Rouen est en marche afin de proposer aux Normands un hôpital plus performant et plus confortable. Quels sont les enjeux de cette modernisation ?

V. D. : L'année 2022 nous a permis de réactualiser notre plan pluriannuel d'investissements à dix ans en ajustant les opérations qui bien qu'inscrites n'avaient pas pu être mises en œuvre et en ajoutant de nouvelles opérations grâce aux financements SEGUR.

Nous devons moderniser notre plateau de réanimation et de soins critiques afin de respecter les nouvelles réglementations liées à ce secteur. Ce dernier sera d'ailleurs relié avec les nouveaux blocs opératoires. Nous avons retenu de la crise COVID la nécessité absolue d'être dotés de ressources humaines conséquentes pour permettre à notre important secteur de réanimation et de soins critiques de fonctionner correctement.

Nous devons ensuite moderniser le pôle femme-mère-enfant en travaillant d'abord sur le plateau technique de maternité et en respectant les nouvelles normes relatives à la procréation médicalement assistée. Nous faisons face à une forte demande depuis l'adoption de la dernière loi de bioéthique. Plus tard, nous mettrons aussi en place des espaces d'accueil rénovés pour les enfants.

Nous interviendrons également dans le secteur résidentiel, relatif aux prises en charge des personnes âgées au sein d'EHPAD ou d'USLD. Nos bâtiments ne sont plus adaptés aux personnes handicapées que nous accueillons et ils n'offrent pas de conditions de travail satisfaisantes. La réalisation d'un nouveau bâtiment d'USLD est déjà prévue sur l'un de nos sites, et un autre sera construit plus tard. Dans ce cadre, nous

transférerons nos activités d'EHPAD à d'autres opérateurs publics, car il s'agit d'un domaine médico-social qui relève moins d'une mission de CHU. Nous sommes attachés au maintien de l'offre publique et nous avons donc envisagé ces travaux de reconstruction avec le soutien de l'État et du département. Enfin, la modernisation du site de Saint Julien, avec le service d'addictologie, l'hospitalisation de gériatrie et de médecine interne polyvalente, sera portée par le Ségur.

Comment imaginez-vous le nouveau visage du CHU pour les dix prochaines années ?

V. D. : Dans dix ans, le CHU de Rouen aura été grandement modernisé et ne comportera plus que quatre sites. Il en existe actuellement cinq qui détiennent chacun leur propre identité. Elles seront enrichies.

Le site de Charles-Nicolle est spécialisé dans l'urgence et les soins très techniques. Un schéma directeur immobilier sera mis en place pour le pôle femme-mère-enfant, car des travaux en plusieurs étapes seront nécessaires. Ce pôle, qui se déploie sur deux bâtiments, devra bénéficier d'un schéma directeur spécifique afin d'organiser un enchaînement des opérations en différentes phases, qui tiennent compte de l'ensemble des activités.

L'hôpital de Oissel accueille des personnes âgées et il a orienté ses compétences vers les troubles cognitifs. Bois-Guillaume est quant à lui centré sur la rééducation et la réadaptation. Il s'enrichira bientôt de SLD (Soin Longue Durée) et comportera une polyclinique très développée avec un accès facile pour des consultations et l'hôpital de jour.



Comment la crise sanitaire a-t-elle impacté les différents projets de votre établissement ?

V. D. : La crise sanitaire a retardé certains projets, notamment celui du Robec, qui aurait dû ouvrir à l'été 2020 mais qui n'a ouvert qu'à l'automne 2020. Le bâtiment Samu a, en revanche, été livré dans les temps. Les projets déjà initiés ont été menés dans les délais requis, mais d'autres ont eu plusieurs mois ou années de retard car la pandémie COVID a ralenti tous les chantiers.

Comment accompagnez-vous vos équipes face à ces nouvelles organisations et aux transformations de l'hôpital ?

V. D. : Nous avons initié la « démarche d'amélioration participative » il y a quelques années afin de former nos équipes à utiliser de nouveaux outils de gestion. Ils prennent la forme de courtes réunions (stand up meetings) réunissant chacune des équipes autour des objectifs, des résultats atteints et des problèmes rencontrés afin de déterminer les meilleures solutions. Nous sommes donc convaincus du grand intérêt que représentent ces rencontres car elles nous permettent d'offrir aux équipes des marges d'initiatives et de les écouter attentivement pour améliorer leur quotidien.

De nouvelles méthodes de rangement des réserves, appelées « 5S », sont également mises en place, afin que les professionnels de santé ne perdent pas de temps de travail à cause d'une mauvaise organisation. De grands rangements des réserves ont été initiés en équipe au sein de la direction des systèmes d'information et de la direction de l'audio-visuel qui utilisent beaucoup de matériel et qui ont été très satisfaits du résultat.

Outre la démarche de collaboration participative qui impulse une belle dynamique au sein de nos équipes, nous avons initié un plan de modernisation logistique et un plan de modernisation numérique dont les objectifs sont de permettre à nos équipes de gagner du temps et de se concentrer sur leur cœur de métier.

Enfin, les directions des ressources humaines, des soins et la présidence de CME tentent d'offrir une écoute personnalisée à nos professionnels et de comprendre, par exemple, les raisons de leur départ. Les cadres de santé participent également au développement de l'expérience patient, en interviewant trois patients par semaine lors de leur arrivée, durant leur séjour et lorsqu'ils partent de l'hôpital. La parole du patient peut être un formidable outil de motivation et de sens redonné aux équipes soignantes.

Dans quelle mesure comptez-vous ouvrir davantage le CHU à la fois sur son territoire avec le GHT mais aussi en France et à l'étranger, notamment à travers votre Medical Training Center ?

V. D. : Le Medical Training Center accueille des médecins et des étudiants du monde entier qui souhaitent se former, mais nos autres actions de coopérations internationales sont assez limitées. Les deux années difficiles auxquelles nous venons de faire face expliquent la baisse du nombre de médecins partis dernièrement à l'étranger.

Le CHU de Rouen innove également en matière informatique, notamment à travers une modernisation numérique engagée pour votre système d'information et la mise en place d'un entrepôt de données de santé. Quelle est l'importance de la digitalisation pour votre établissement ?

V. D. : La digitalisation de notre établissement n'est pas encore assez visible pour les équipes, et demande un travail de fond qui durera plusieurs années. La mise en place de notre entrepôt de données de

santé est tout de même avancée car il détient de nombreuses données que nous avons collectées auprès de tous nos patients depuis 22 ans. Nous devons néanmoins poursuivre les investissements au-delà de ceux relatifs à nos infrastructures. Il s'agissait d'une condition nécessaire à l'implantation de nouveaux outils qui ont déjà allégé le travail de nos équipes du système d'information.

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

V. D. : L'hôpital du XXI^e siècle devra être ouvert sur son territoire et collaborer avec la médecine de ville. Il devra également s'articuler autour d'un plateau technique performant, où les compétences interagissent. Actuellement, les CHU permettent aux patients d'être soignés par des équipes expertes dans des domaines spécifiques, mais une meilleure coopération entre ces professionnels contribuerait à traiter des pathologies rares émergentes et à améliorer la médecine et la recherche. Le CHU est le seul capable d'offrir de telles avancées. À titre d'exemple, notre hôpital dispose d'un centre de pelvi-périnéologie au sein duquel des équipes de gynécologie, d'urologie et de chirurgie digestive travaillent ensemble pour prendre en charge les patients. De même, un espace unique est dédié au rachis et dispose d'une seule entrée. Les patients peuvent ainsi retrouver au même endroit nos spécialistes de chirurgie orthopédique, de neurochirurgie, de rhumatologie et de douleur. Ce fonctionnement permet aux patients d'obtenir de meilleurs soins, de meilleures réponses à leurs questions, et d'éviter les errances médicales.





La politique médicale

« Le manque d'activités de courts séjours dans les établissements du GHT est l'un de ses points faibles, mais la forte coloration gériatrique dont il est doté représente un enjeu puissant pour les années à venir. »

Propos recueillis auprès du Professeur **Pierre Michel**, président de CME.

Quelles sont les activités d'excellence du CHU de Rouen ?

Pr Pierre Michel : Le CHU de Rouen se caractérise par ses activités de transplantations, notamment cardiaques et rénales. Nous pratiquons par ailleurs plusieurs activités d'expertise, telle que la chirurgie digestive cancérologique complexe. L'ophtalmologie est une autre de nos spécialités phare avec en particulier une banque de cornée, unique en France. Nous disposons également d'une grande expertise en chirurgie robotique, notamment concernant la chirurgie thoracique. Le service de cardiologie, cofondateur du TAVI il y a 20 ans poursuit le développement technologique dans tous les aspects des cardiopathies structurales comme de la rythmologie. Nous disposons aussi d'un centre d'expertise pour les lymphomes cutanés reconnu mondialement. La cancérologie représente la première activité du CHU portée par de

nombreux services et représente une part importante de l'activité de recherche clinique. Enfin, Le CHU de Rouen se caractérise également par son accueil de 130 000 patients par an dans les services d'urgences pour une agglomération de 400 000 habitants. Ces chiffres démontrent un pourcentage inhabituel de fréquentation des urgences.

Quelles est la situation de la démographie médicale sur votre territoire ?

Pr. P. M. : Le territoire du CHU de Rouen s'étend sur deux départements : la Seine-Maritime et l'Eure, un désert médical très préoccupant. Notre situation est bien plus critique que celle des territoires d'outre-mer mais elle n'a pas été beaucoup médiatisée ces dernières années car nous la subissons depuis longtemps.

Quels sont les atouts du GHT Rouen Cœur de Seine ?

Pr. P. M. : Le GHT Rouen Cœur de Seine n'est pas très grand car il ne comporte que neuf établissements et peu de lits de MCO. Il est principalement tourné vers les soins de suites, les EHPAD et la gériatrie. Un seul établissement pratique l'obstétrique, dont il s'agit de l'activité presque exclusive. Le GHT est également pourvu d'un centre hospitalier de psychiatrie, le deuxième plus grand de France, et les autres établissements sont à vocation gériatrique. Une grande part de nos réflexions relatives à notre projet médical est dédiée à la thématique du vieillissement de la population, un paramètre fort dont nous devons tenir compte. D'ailleurs, plus de 50 % des personnes de plus de 80 ans vivent seules. Le GHT évolue aussi dans le sens des avancées réglementaires, et il a créé une nouvelle commission médicale de groupement dont l'objectif est d'améliorer le projet médical. Dans ce cadre, le CHU devra adopter une vision plus territoriale car, bien qu'il ne soit pas très grand, le GHT couvre un territoire de plus d'un million d'habitants. Pour conclure cette réponse, je dirais donc que le manque d'activités de courts séjours dans les établissements du GHT est l'un de ses points faibles, mais que la forte coloration gériatrique dont il est doté représente un enjeu puissant pour les années à venir.

Quelles sont vos relations avec le CHU Caen Normandie ?

Pr. P. M. : Nos deux CHU sont situés sur des territoires éloignés, dont les structures socio-économiques sont très différentes. En effet, l'ancienne « Haute-Normandie » est très industrielle contrairement à l'ancienne « Basse-Normandie », beaucoup plus rurale. Ainsi, nous n'entretenons pas encore de fortes relations bien qu'il en serait de notre intérêt à tous. Je pense, mais c'est une vision très personnelle, que le futur de nos CHU devrait passer par la création d'un seul CHU Normand avec trois sites : Caen, Le Havre, Rouen. Toutes les disciplines sont de plus en plus spécialisées et la médecine à venir nécessitera une répartition de ces expertises dans les trois grandes villes normandes.

Comment se positionnent les acteurs de santé privés ?

Pr. P. M. : L'acteur de santé privé à but lucratif Vivalto a récemment acquis de nouveaux établissements qui sont en phase de réorganisation. Les cliniques de l'agglomération rouennaise actuellement les plus attractives pour les jeunes professionnels sont Saint-Hilaire et la Clinique du Cèdre, toutes deux à patrimoine familial. Leur positionnement est le plus souvent assez complémentaire à celle du CHU captant les activités programmées à haut rendement. En dehors de la cardiologie de Saint Hilaire qui assure clairement un rôle de permanence des soins, les autres acteurs évitent ce type d'activité qui a souvent été la cause du départ des praticiens du secteur public.

Le fil rouge de ce grand reportage s'articule autour des projets de modernisation du CHU. Quelles sont les attentes du corps médical ?

Pr. P. M. : Le CHU de Rouen présente l'originalité d'être situé en centre-ville, car nous avons fait le choix de maintenir cette localisation il y a une vingtaine d'années. La fréquentation élevée des urgences est en partie liée à cette localisation. Nous sommes en effet contraints de densifier notre établissement et de construire sur ce site occupé afin de réhabiliter les bâtiments existants. Nous avons donc dû composer avec le manque de place du site Charles-Nicolle, mais nous avons néanmoins réussi à y créer l'institut de biologie, le bâtiment Robec dédié aux blocs opératoires et à la chirurgie ambulatoire et le nouveau SAMU. Une opération de surélévation d'un bâtiment des années 1970 est en cours

afin de réaliser un espace de soins critiques moderne et anticipant les évolutions, relié au bâtiment Robec par des passerelles. Ces opérations résultent toujours de prouesses architecturales qui sont sûrement plus coûteuses que ne l'aurait été la construction d'un bâtiment neuf. Le nouveau SAMU, en fonction depuis le mois de mai, a été inauguré le 5 juillet 2022 et prend place dans un bâtiment très innovant, tant dans sa conception que dans sa construction. Nous avons tenté d'y anticiper les évolutions qui surviendront nécessairement dans les 25 prochaines années. La réhabilitation progressive de l'ensemble des bâtiments est en cours par tranches successives. Les prochaines opérations importantes sont la descente du service de néphrologie-dialyse du site de Bois Guillaume et la rénovation du bâtiment de gynéco-obstétrique fondé sur un projet d'organisation des activités médicales autour de la femme et de l'enfant en cours d'élaboration.

Nous devons donc être capables de moderniser notre établissement sans renier l'histoire de ses bâtiments. Ce pari est enthousiasmant et nous sommes capables de le relever bien qu'il implique que nous devons faire face à de nombreuses difficultés organisationnelles et techniques.

Quels sont les enjeux de cette modernisation pour la politique médicale de l'établissement ?

Pr. P. M. : La construction d'un bâtiment doit théoriquement s'adapter à la politique médicale d'un établissement, et non l'inverse. Néanmoins, le temps de réalisation des projets architecturaux dépasse souvent le temps d'un projet médical. Notre projet médical a été validé en décembre 2022 et donne les grandes orientations pour les 4 prochaines années. Nous considérons que l'hyperspécialisation vers laquelle nous tendons nous oblige d'autant plus à travailler les uns avec les autres, car la plupart des malades hospitalisés en CHU sont polyopathologiques. Les différentes spécialités et les services doivent être proches et connectés, ce qui nous impose de concentrer de nombreuses disciplines sur le site Charles-Nicolle.

Enfin, la demande d'ouverture vers les autres formes de médecine est plus forte qu'avant. Les médecins généralistes de ville comme les médecins hospitaliers sont demandeurs d'avis spécialisés rapides. Nous devons ainsi trouver les moyens de répondre à ces demandes, par l'utilisation d'outils connectés, des hospitalisations rapides en entrée directe, l'organisation à distance de parcours. Cela impose pour chaque discipline de revisiter leur organisation interne mais aussi de mettre en place des organisations transversales par exemple en structurant les équipes mobiles intra hospitalières.

Comment le personnel médical est impliqué dans les réflexions et accompagné dans la mise en place de ces organisations ?

Pr. P. M. : Le projet stratégique du CHU comme le projet médical insistent sur la méthode participative. Je n'étais pas très rassuré par cette méthode lors des précédents projets car si la méthode participative est réalisable à l'échelle d'un service son application à l'ensemble d'une collectivité est beaucoup plus compliquée. L'organisation en pôles et en services doit faciliter la décentralisation des décisions et la mise en œuvre en proximité de décisions institutionnelles. L'avis des patients, ou usagers, est très important car ils sont souvent plus lucides quant à la qualité des organisations et des prestations de l'hôpital. Leur participation a ainsi été prévue pour tous les projets, même si elle n'était pas toujours facile à mettre en œuvre.

Dans quelle mesure la crise sanitaire vous a-t-elle obligé à adapter ce projet ?

Pr. P. M. : La crise sanitaire a effectivement ralenti l'évolution de certains projets. Elle a lourdement impacté l'activité du CHU de Rouen, qui a été l'établissement de Normandie le plus touché par les effets du COVID. L'ensemble des services étaient touchés, les soins comme l'administratif. Nous avons donc engendré beaucoup de retard sur certains dossiers car la consommation de ressources humaines par cette crise a été majeure.

Comment définirez-vous le réseau ville hôpital ?

Pr. P. M. : Les cultures, les habitudes et les exigences de chacun sont très différentes. Le réseau ville hôpital est un enjeu qui fait partie de mes priorités et je souhaite notamment développer nos relations avec des CPTS (Communautés Professionnelles territoriales de Santé). Il est en effet difficile pour un grand établissement de santé d'entretenir des interactions individualisées avec des médecins de villes nombreux et hétérogène dans leurs demandes. La création de ces communautés faciliteraient donc nos relations. Nous attendons qu'elles soient créées afin d'organiser les procédures d'avis urgents, simplifier nos contacts et construire des procédures d'échanges d'informations et de services.

Quelle est la place de la recherche dans vos différents projets ?

Pr. P. M. : La recherche trouve nécessairement sa place dans le CHU à travers sa dimension universitaire, mais également à travers sa dimension hospitalière. En effet, le cœur de métier de l'hôpital est la recherche clinique car nous cherchons toujours à attacher une problématique de recherche dans nos activités médicales. Par exemple, tous les patients qui consultent pour un problème de cancérologie sont susceptibles de faire partie d'une étude car nous ne pouvons pas nous satisfaire des résultats offerts actuellement par la médecine dans ce domaine. Chaque personne qui intègre une étude bénéficiera nécessairement des soins de très haut niveau en raison des critères qualités exigés dans les études cliniques. Nous essayons de démontrer à tous nos collègues que la recherche clinique est inhérente à une médecine de CHU.

Quelle est votre vision de la prise en charge au XXI^e siècle ?

Pr. P. M. : J'espère que le XXI^e siècle nous offrira l'opportunité de nous diriger vers une médecine plus personnalisée et plus technologique, tout en maintenant la relation soignant-soigné qui est le fondement de l'activité médicale. Une telle médecine intégrera de nombreuses données et paramètres qui ne pourront qu'être traités par une Intelligence Artificielle, dont la puissance de calcul sera capable de nous aider à améliorer les pronostics de chaque individu et au choix des traitements. Cette évolution de la médecine profitera à aux activités polyvalentes comme aux activités hyperspécialisées. Un projet spécifique a été lancé dans le cadre du projet médical du CHU et dans le projet du Campus Santé Rouen Normandie. Il nous permettra de créer sur le campus de l'université un bâtiment spécifique qui regroupera différentes disciplines (génétique, biologie métabolique, imagerie, entrepôt de données) et dans lequel des consultations auront lieu. J'aimerais que ce bâtiment permette aux équipes de confronter leurs cultures, et abrite un espace de coworking pour héberger les start-up nécessaires à ce type d'environnement. Elles pourront alors construire la médecine de demain qui sera nécessairement pluridisciplinaire.





La façade pignon de ROBEC - ©MBA - Sergio Grazia

Les modernisations architecturales

« La période de crise sanitaire nous a permis de réinterroger notre programme. »



Propos recueillis auprès d'**Eric Delcros**, directeur des travaux et des services techniques – sécurité incendie

Comment est composé le patrimoine immobilier du CHU de Rouen ?

Eric Delcros : Les activités cliniques du CHU de Rouen sont actuellement réparties sur 5 sites.

Le site principal, Charles-Nicolle, est l'établissement de recours qui comporte le plateau technique lourd (blocs, imagerie, PUI, stérilisation, soins aigus) autour duquel s'articulent les activités de court séjour de médecine et de chirurgie.

Le site de Saint-Julien, anciennement hôpital général de la rive gauche de Rouen, est composé d'un service d'urgences, d'imagerie, des services de courts et longs séjours gériatriques, de médecine internes, d'addictologie et d'odontologie.

Le site de Bois-Guillaume prend en charge les soins de suite et de réadaptation, la gériatrie, la néphrologie. Le site accueillait historiquement d'autres activités de courts séjours, telles que le service de

pneumologie, de rhumatologie et de médecine interne, qui ont progressivement intégré le site de Charles Nicolle à partir de 2010, pour anticiper la cession d'une partie du site.

Le site de Oissel a quant à lui pour vocation d'accueillir les activités de gériatrie de proximité, ainsi que le centre de prise en charge de la maladie d'Alzheimer.

Enfin, le site de Boucicaut, situé sur la commune de Mont-Saint-Aignan, comportait jusqu'en 2022, un USLD et un EHPAD. La gestion de l'EHPAD a été transférée en fin d'année 2022 à un opérateur public, la Filandière, et le CHU porte un projet de reconstruction d'un USLD de 108 lits sur le site de Bois Guillaume, pour libérer complètement le site de Boucicaut d'ici 2027. Le terrain, qui appartient à l'AP-HP, lui sera alors restitué.

Par ailleurs, le CHU gère également une plateforme pharmaco-logistique, une blanchisserie et une unité centralisée de production alimentaire, qui ont une vocation territoriale.



Le patrimoine du CHU de Rouen s'étend ainsi sur 315 000 m², dont 230 000 m² sont occupés par l'hôpital Charles-Nicolle. Ce dernier, site historique situé en centre-ville de Rouen, présente de nombreuses contraintes liées à l'hétérogénéité de son architecture, à la densité des constructions et à des difficultés d'extensions de plus en plus prégnantes. Toutes les opérations de modernisation doivent répondre à des contraintes fortes en matière architecturale, technique et organisationnelle dans la mesure où tout chantier se déroule en site occupé avec le maintien de l'activité pendant les phases de travaux.

Comment définiriez-vous le schéma directeur immobilier du CHU ?

E. D. : Le schéma directeur est la traduction immobilière et architecturale d'une vision stratégique. C'est un outil prospectif qui fixe le cadre sur les plans fonctionnel, technique et économique pour les dix prochaines années; il doit être suffisamment souple pour permettre les ajustements et répondre aux évolutions du projet stratégique. Le CHU de Rouen a élaboré de longue date son schéma directeur, notamment au niveau du site Charles Nicolle. Après la crise sanitaire, le décalage des chantiers en cours, l'actualisation des besoins et les évolutions en matière d'offre de soins ont été l'occasion de réinterroger le schéma directeur et de définir de nouvelles tranches fonctionnelles de travaux. Cette démarche a été initiée fin 2021 et a permis d'y intégrer les opérations inscrites au SEGUR dont la restructuration du pôle femmes mères

enfants qui fait l'objet d'un schéma directeur immobilier ciblé sur les 2 bâtiments existants Debré et Martinsville, construits respectivement dans les années 60 et 80. Ce nouveau projet d'ampleur sera décliné en plusieurs tranches fonctionnelles avec des extensions essentiellement en surélévation et des restructurations lourdes. Le projet médical est en cours de finalisation et le choix du programmiste est prévu début 2024. Pour faire un focus sur l'opération en cours qui consiste au regroupement des soins critiques, en surélévation du bâtiment central, cette dernière a connu des évolutions depuis son démarrage avant la crise sanitaire. Les enseignements de la crise ont réinterrogé le programme pour adapter la conception des locaux à la nécessité de disposer de locaux évolutifs en transformant des chambres d'USIP en réanimation éphémère: la nécessité de pouvoir faire face à de nouvelles pandémies est apparue comme une évidence qu'il a fallu prendre en compte dans les nouveaux plans. Les REX établis au cours des différentes crises successives et la participation active des différentes parties prenantes en cours d'études ont permis d'ajuster les organisations à l'appui des nouveaux décrets. Ce projet de regroupement réinterroge les circuits et les façons de travailler entre services puisque le regroupement des entités (jusqu'alors répartis dans différents étages et bâtiments) s'accompagne de mutualisations de locaux et d'uniformisation des organisations.

Avez-vous dû faire face à des réticences s'agissant de ce projet de rénovation des soins critiques ? Et si oui, comment les avez-vous abordées ?

E. D. : L'évolution des organisations génère toujours des appréhensions et des réticences si elle n'est pas accompagnée.

Par ailleurs, le CHU a réalisé des locaux types, grandeur nature pour valider la configuration des chambres et l'emplacement des équipements à prévoir. Des groupes de travail pilotés par le chef de pôle et la Direction de l'appui à la stratégie et des projets ont été mis en place pour intégrer toutes les contraintes techniques et fonctionnelles dès la phase APD pour être en mesure de rédiger un PRO-DCE le plus exhaustif possible, sans négliger les questions relatives aux organisations et éviter toute remise en cause du projet en cours de travaux. Ces réunions thématiques se sont prolongées par des points hebdomadaires qui ont permis d'apporter le maximum de réponses concrètes à l'équipe de maîtrise d'œuvre.

Au-delà des réunions qui ont permis de finaliser les études, il faudra préparer le transfert des activités et l'accompagnement des nouvelles organisations dès le lancement de la phase travaux pour s'assurer de la continuité de l'activité et éviter toutes ruptures pour les équipes. Idéalement les organisations futures devraient être pour partie déployées dans les services existants pour les ajuster le cas échéant et garantir la fluidité lors de la prise de possession des nouveaux locaux.

A quelles difficultés êtes-vous confrontés ?

E. D. : La nature de l'opération de regroupement des soins critiques, c'est-à-dire l'opération de restructuration en site occupé constitue la difficulté majeure pour réaliser le chantier de 36 mois au-dessus du hall principal, des HDJ, du pôle d'imagerie et du plateau médicaux techniques (PUI et stérilisation entres autres).

Le plan de chantier décrit par la maîtrise d'œuvre et la DTST-SI intègre toutes les contraintes liées au site et à la nature du chantier: chantier en centre-ville, proximité immédiate de l'hélistation, circuit des livraisons de chantier, exigüité pour implanter la base vie et les aires de stockage... Ce dernier fera l'objet d'une attention particulière lors de l'analyse des réponses des entreprises.



Travaux bâtiment Robec - ©CHU Rouen

Dans un souci d'homogénéité du traitement des façades du bâtiment central, tous les éléments seront harmonisés. Les interventions seront à programmer en lien avec l'activité des différents services en fonctionnement.

Pour limiter les impacts sur les étages inférieurs en activité, les travaux préalables sont engagés depuis 2022 en maîtrise d'œuvre interne. Ces travaux portant par exemple sur le désenfumage, le compartimentage, la préparation des colonnes de fluides médicaux, des réseaux d'eau glacée et de chauffage ont vocation à anticiper les impacts du futur projet et minimiser les interventions périphériques pendant les travaux. Le CHU s'apprête donc à connaître des périodes de perturbation pendant la phase de travaux qu'il faudra accompagner. Un plan de communication devra être mis en place à la destination des équipes et des patients et de leurs familles.

En confortant le site Charles Nicolle en tant que site de recours, le CHU s'est engagé dans de vastes opérations de modernisation qui se réaliseront en majorité par des opérations de surélévation et de restructurations lourdes en site occupé. Toutes les parties prenantes s'y préparent et la direction des travaux veille à minimiser les impacts et réduire les nuisances. Cela passe par une définition rigoureuse des besoins avec les futurs utilisateurs en phase étude, en veillant à une concertation élargie pour minimiser les demandes de modification en cours de chantier. Cet engagement vise à respecter les plannings prévisionnels des travaux et réduire les surcoûts.

Comment avez-vous intégré la démarche environnementale dans ces différents projets ?

E. D. : La crise énergétique, le réchauffement climatique s'imposent à tous, y compris à l'hôpital. Cela passe aussi par une évolution des pratiques qui sont accompagnées depuis fin 2022 dans le cadre du plan de sobriété énergétique déployé par le CHU.

Plusieurs axes sont ainsi travaillés :

- ▶ Performance énergétique pour les nouveaux projets, y compris la réflexion d'intégration de panneaux photovoltaïques dans les nouvelles constructions
- ▶ Isolation des façades des bâtiments existants : à ce titre des études sont engagées pour réaliser des études de performances et évaluer le ROI. Ces travaux permettront également de s'inscrire dans la rénovation architecturale du site
- ▶ Production de chaleur via la généralisation de réseaux de chaleur
- ▶ Préservation d'espaces verts dans le schéma directeur, malgré les contraintes d'espaces libres au regard des besoins. Ce parti pris passe par la priorisation de surélévations.

Quels projets et perspectives avez-vous déjà identifiés ?

E. D. : Au-delà du regroupement des soins critiques qui fera l'objet d'une consultation des entreprises avant la fin du 1^{er} semestre 2023, le schéma directeur doit se poursuivre à l'échelle de tous les sites du CHU :

- ▶ La construction en cours d'un service d'addictologie de 30 lits et d'un hôpital de jour sur le site de Saint Julien dont la livraison anticipera la rénovation des services de gériatrie et la réalisation d'un schéma directeur sur le site
- ▶ La construction d'un bâtiment d'USLD de 108 lits sur le site de Bois Guillaume dont le concours de maîtrise d'œuvre est prévu fin 2023, avant d'engager la rénovation des bâtiments existants du site
- ▶ Concernant le site Charles Nicolle, la 2^e étape du schéma directeur sera consacrée à la restructuration des plateaux libérés par les soins critiques et à la restructuration – extension du PFME sur la base du projet médical en cours de finalisation. Le schéma directeur immobilier sera décliné en 2024 pour identifier des tranches fonctionnelles permettant de maintenir l'activité.