RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

Rapport de mission en Mayenne de

D. Moinard sur l'organisation sanitaire

Centre hospitalier de Laval (CHL) et centre hospitalier de nord Mayenne (CHNM)

Remis au Premier Ministre

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité

Préambule

Le département de la Mayenne avec ses 300 000 habitants environ est très dynamique au plan économique avec des entreprises qui recrutent. La population y est vieillissante. C'est un des départements les plus pauvres en nombre de médecins, ce qui affecte tant la médecine de ville que l'hôpital ou la clinique. Le secteur hospitalier public a été regroupé dans un groupement hospitalier de territoire (GHT) de la Mayenne et du Haut-Anjou réunissant 7 établissements, 4 hôpitaux locaux avec une forte implication de la médecine libérale et 3 établissements MCO (médecine chirurgie obstétrique): les centres hospitaliers de Laval (CHL), Nord Mayenne (CHNM) à Mayenne, et Haut Anjou (CHHA) à Château-Gontier. Ces 3 établissements MCO sont fortement concurrencés par la polyclinique du Maine à Laval qui réalise à elle seule 50% de l'activité chirurgicale programmée du territoire. Le découpage des régions fait que le CHU de référence pour le département de la Mayenne est le CHU d'Angers. Dans la pratique, on observe que les malades, orientés par leurs médecins traitants, vont de préférence, pour les activités de recours, dans les établissements, CHU ou cliniques, les plus faciles d'accès et en lesquels ils ont le plus confiance. Le sud du département (Château-Gontier) est très attiré par Angers et le nord (Laval et Mayenne) par Rennes.
Des 3 centres hospitaliers, le CHHA qui est le résultat de la fusion des hôpitaux de Château-Gontier et de Segré est le seul à afficher une activité soutenue et à équilibrer ses comptes grâce aux orientations stratégiques adoptées au bon moment avec le rachat d'une clinique, à une relation étroite et organisée avec la médecine de ville, à la persistance d'un lien historique très fort avec le CHU d'Angers facile d'accès, et à une politique de communication institutionnelle valorisant dans la presse locale et les réseaux sociaux les actions et les atouts de l'hôpital.
En contrepoint, les 2 centres hospitaliers du nord du département, CHL et CHNM, enregistrent depuis quelques années une chute de leur activité avec pour conséquence une situation financière très dégradée que l'ARS doit combler chaque année par des dotations budgétaires de fonctionnement. Il n'y a plus de marge pour investir. Pour autant, il est clair que ces 2 établissements ont un rôle majeur sur ce territoire pour répondre au besoin sanitaire de la population et qu'il y a en interne les équipes médico-chirurgicales et soignantes à la qualité avérée pour redresser la situation et relancer l'activité.
Le redressement de la situation est un impératif absolu ; il est conditionné par la mise en œuvre effective du projet médical partagé réunissant le CHL et le CHNM autour des 8 filières médicales qui ressortent des études conduites sous l'égide de l'ARS. Ces 2 établissements par leur proximité et les parcours du malade que l'on peut observer dans le bassin de population ont un destin commun. Il s'agit de donner au CHL dont le poids budgétaire est bien supérieur aux 2 autres centres hospitaliers la capacité d'exercer son rôle d'hôpital pivot dans le département, et au CHNM celle d'adapter son offre de soins à l'évolution des besoins d'une population qui vieillit. Il faut un plan d'actions avec un fil conducteur : **l'attractivité.**

RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE
Liberté
Égalité
Fraternité

PLAN D'ACTIONS

Action n°1 : **nommer au plus vite le nouveau DG du CHL**. Le directeur qui assure l'intérim, même doté de toutes les qualités requises pour diriger un établissement, comme c'est précisément le cas à Laval, ne peut initier un projet ambitieux qui engagera celui appelé à exercer la fonction dans la durée, à plus forte raison lorsque l'intérim est à temps partiel et que le président de la CME est en fin de mandat. Le pilotage de l'hôpital à son sommet en est bien sûr affecté et nourrit un climat de désespérance particulièrement prégnant dans l'encadrement; or ce sont les cadres qui assurent le lien entre la direction et les équipes hospitalières de terrain. A l'évidence, le processus de nomination au plan national des chefs d'établissements est beaucoup trop long et procédurier.

Action n°2 : **renforcer le lien avec le CHU** de référence, le CHU d'Angers. Le rôle du CHU dans la sortie de crise est fondamental car, sans être une solution miracle, il peut contribuer à combler le manque de médecins. C'est dans les CHU que se forment les praticiens appelés durant leur parcours universitaire à effectuer des stages dans les CH. Les internes, chefs de clinique, praticiens assistants qui y sont affectés peuvent choisir d'y faire carrière ou d'en faire la promotion dans leur entourage professionnel s'ils ont le sentiment d'avoir été bien accueillis et formés. Ce lien avec le CHU facilite aussi l'accès des équipes médicales à la formation et la recherche. Lors des Assises des Hôpitaux Universitaires qui viennent de se tenir à Lille les 9 et 10 décembre 2021, le ministre de la Santé a appelé à développer les stages hors CHU pour imprégner les territoires. Le CHU d'Angers est prêt à apporter son appui à la mise en œuvre du projet médical partagé de Laval et Mayenne. La gouvernance à son sommet, DG, président de CME et doyen, est d'accord pour venir l'exprimer sur place et en préciser les modalités. Cet engagement, comme celui qui est développé dans l'action n°3 a été pris lors de la réunion qui s'est tenue au siège du CHU le mardi 9 décembre en présence de la directrice générale et du président de la CME qui représentait aussi le doyen de la faculté, lui-même très attaché à irriguer les territoires.

Action n°3 : **rendre opérationnelles les orientations stratégiques des 8 filières médicales identifiées :** gynécologie-obstétrique, chirurgie orthopédique, chirurgie viscérale, soins critiques et d'urgence, anesthésie, cardiologie, médecine polyvalente, gériatrie. La collaboration entre les 2 établissements est déjà effective et donne pleinement satisfaction dans d'autres disciplines comme la biologie, la pharmacie et la stérilisation. C'est aussi le cas pour la cardiologie. Pour chacune des 8 filières, les équipes médicales des 2 établissements ont rédigé une fiche synthétique d'orientation stratégique qui appelle maintenant un développement opérationnel. C'est à ce niveau que le rôle du CHU prend tout son sens. Comme il s'agit d'avancer rapidement, il serait opportun d'intégrer dans chacun des groupes de travail un médecin représentant le CHU (sans qu'on puisse y voir un lien de subordination) qui pourra apporter son expertise, aider aux arbitrages, s'assurer que la filière présente tous les prérequis d'un terrain de stage pour les internes, chefs de clinique, médecins assistants en termes de pratiques, protocoles, staffs, RCP...Chacune des filières devra désigner en son sein

un médecin coordonnateur responsable avec à ses côtés un cadre soignant et un directeur référent. Le cadre soignant est indispensable car le projet médical sera accompagné du projet de soins. Les réunions de cadres que j'ai pu tenir sur les 2 établissements montrent qu'ils sont prêts à s'engager dans la démarche et à participer à un projet ambitieux qui valorise les équipes de soins. La rareté de la ressource médicale, durable dans le temps, va conduire inéluctablement à confier au personnel infirmier de nouvelles missions grâce à la valorisation des acquis de l'expérience (VAE) ou des études supérieures (VES).

L'objectif pour chacune des filières est de faire ressortir par établissement avec l'aide du DIM la gradation des soins par pathologies traitées (groupes d'activité ou catégories majeures de diagnostic) et d'assurer une couverture bi-sites des filières à même de garantir la permanence des soins.

La filière anesthésie est à l'évidence la plus sensible car elle conditionne à elle seule la bonne marche de la chirurgie, de la gynéco-obstétrique et des soins critiques.

Il faut à ce stade s'arrêter sur la situation préoccupante du CHNM au regard des activités qui dépendent directement de l'organisation de l'anesthésie car celle-ci repose entièrement sur l'intérim médical, à un coût global démesuré, faute de praticien titulaire dans la spécialité. Il ne peut pas y avoir de pilotage et de coordination en l'absence de chef de service. Aujourd'hui, **l'activité de chirurgie à Mayenne ne peut être maintenue en l'état** car il y a pour le malade une perte de chance avérée, liée tout à la fois au recours systématique au fil des interventions à l'intérim médical pour l'anesthésie et au niveau très faible de l'activité par chirurgien. Il n'y a pas d'équipe médicale constituée de bloc associant le chirurgien et l'anesthésiste en capacité d'assurer un suivi médical du malade dans la durée, de son arrivée à sa sortie. Le cadre soignant et son équipe doivent alors s'investir beaucoup plus dans le suivi du malade et endosser une prise de risque allant au-delà de leurs fonctions. Dans cette situation, la règle d'or qu'est la sécurité du malade n'est pas respectée. Du reste, la faiblesse de l'activité programmée témoigne de la défiance de la population et de la médecine de ville à l'égard de l'hôpital dans cette filière. Le développement de la chirurgie au CHNM ne peut venir que du concours des équipes de bloc (chirurgien et anesthésiste) du CHL, hôpital pivot, tant pour les consultations que pour les interventions.

De même, les lits de soins critiques (USC) du CHNM doivent relever de la responsabilité directe du chef de service de la réanimation du CHL.

En résumé, les fonctions d'anesthésie, de réanimation et de chirurgie au CHNM doivent être placées sous couverture des chefs de service de ces mêmes spécialités au CHL.

Il serait souhaitable que les fiches opérationnelles des 8 filières soient formalisées dans un document unique soumis aux instances des 2 établissements à la fin du 1er semestre 2022 pour une mise en œuvre effective dans cette même année.

Action n°4 : **participer activement aux travaux du collège médico-soignant du GHT ;** c'est l'instance où se retrouvent et se parlent les représentants des médecins et soignants des hôpitaux adhérents. Sous l'impulsion de son exécutif actuel, le collège a engagé une politique fédérative autour des filières de soins regroupant tous les

acteurs et principalement les 3 centres hospitaliers MCO qui structurent le territoire. La fédération inter-hospitalière de médecine d'urgence (FIHMU) est à ce jour la plus aboutie et a permis outre l'échange des plannings des 3 sites, d'unifier les protocoles, le système d'information, les équipements et d'engager des formations communes. Le collège a joué aussi un rôle actif dans l'organisation territoriale des pharmacies, de la biologie et la prise en charge des AVC, de l'HAD. La fonction achat est désormais mutualisée, le dossier patient unifié, de même que le système d'information calé sur celui du CHU d'Angers. De nouvelles fédérations inter-hospitalières sont prévues à l'agenda du collège portant sur la filière mère-enfant, la réanimation et les soins critiques, l'imagerie, la médecine interne, la dermatologie...Les 3 hôpitaux MCO ont tout intérêt à investir les travaux de cette instance qui doit être considérée comme alliée plutôt que concurrente; c'est à travers ce collège que le GHT prend tout son sens au plan médical en fédérant tous les acteurs autour d'un objectif commun : assurer une prise en charge coordonnée et sécurisée des malades sur tout le territoire du département. Aucun établissement ne peut y arriver seul, tous peuvent y contribuer en associant la médecine de ville, elle-même représentée au sein du collège. C'est aussi à l'initiative du collège qu'a été conduite une étude sur l'attractivité du territoire auprès des internes et praticiens en lien avec le CHU d'Angers représenté par le président de la CME, le professeur Mercat. Des actions concrètes sont proposées pour améliorer l'accueil des nouveaux médecins, mieux faire connaître le territoire dans les colloques, salons et séminaires médicaux, fidéliser les stagiaires, autant d'initiatives soutenues financièrement par le Département que les établissements auraient tout intérêt à mettre en œuvre dans leur politique interne.

Action n°5 : engager **une politique de communication valorisant l'institution et ses acteurs**
Le GHT par les travaux qu'il a conduits sur le thème de l'attractivité peut y contribuer ; ainsi, des vidéos sont produites à la demande des établissements comme par exemple celles sur la FIHMU, la santé mentale en Mayenne... Si l'on veut attirer de nouveaux talents dans l'institution, il faut avant tout valoriser ses atouts, faire connaître ses réussites et ses projets d'avenir. Des formations ont été lancées ciblant les communications sur les réseaux sociaux. Il faut aussi développer une stratégie de communication en direction de la médecine de ville qui est la principale source d'adressage du patient; le médecin traitant doit pouvoir être informé du parcours de son patient à l'hôpital.

Action n°6 : **lancer les investissements nécessaires pour rendre le cadre de travail attractif et répondre aux activités nouvelles.** Comparé aux 2 autres centres hospitaliers qui sont récents, le CHL est vétuste. Le service des urgences est particulièrement dégradé. Le CHL a été réalisé à la fin de la période dite *des trente glorieuses.* C'est un IGH avec toutes les contraintes qu'il induit. Sa réhabilitation en site occupé et amianté n'est pas envisageable. Le seul remplacement du réseau d'eau sur les 12 étages dont la déficience impose une surconsommation de filtres anti-légionnelles, entraînerait des travaux insupportables pour les malades. Il est aujourd'hui, toute proportion gardée, dans la même situation que le CHU de Caen dont la reconstruction est actée. Aussi, la

raison milite-t-elle à Laval pour la reconstruction totale de l'hôpital, hors de portée financièrement de l'établissement et très vraisemblablement de l'enveloppe régionale de l'ARS. Dans ce contexte et compte tenu des contraintes liées à la reconstruction sur le site actuel, ce projet ne pourra se faire qu'en plusieurs phases. Une première enveloppe a été notifiée pour les urgences et la réanimation. Cette première phase pourrait être complétée par la rénovation du plateau technique, base du nouveau projet médical incluant les urgences, la réanimation, les blocs, l'imagerie et la dialyse. Elle inclurait également la reconstruction de l'USLD qui serait une première réponse à l'amélioration de l'hébergement. La rénovation des autres unités d'hospitalisation se ferait dans un second temps. Si l'option de la reconstruction devait être retenue, la meilleure en tout point, il serait avisé pour les travaux prioritaires de privilégier les solutions modulaires transitoires qui permettent d'attendre les opérations définitives. C'est à juste titre ce qui est envisagé pour le service des urgences qui ne peut attendre dans les conditions actuelles. Des études ont déjà été conduites dans le schéma directeur à 10 ans du CHL faisant ressortir plusieurs hypothèses. **Il serait aussi judicieux dans le cadre d'un projet de reconstruction totale et eu égard à sa proximité, d'entamer des discussions avec la polyclinique qui pourraient déboucher sur une stratégie d'alliance formalisée dans un projet médical de territoire, ciblant certaines spécialités de nature à développer un plateau technique mutualisé de haut niveau sur le site**. Il est clair que la réalisation d'un plateau technique neuf doit anticiper les pratiques de demain où la place du robot sera de plus en plus importante, tout particulièrement en chirurgie et contribuera à réduire encore les durées d'hospitalisation tout en renforçant la sécurité du malade. Or ces équipements sont très coûteux et demandent de l'espace, d'où l'intérêt de la mutualisation.

S'agissant du CHNM, le besoin d'investissement estimé vise à achever l'installation sur un seul site de l'activité MCO, à regrouper toute la filière gériatrique USLD appelée à se développer pour répondre aux besoins d'une population vieillissante.

Aujourd'hui, le taux de fuite observé dans les 2 établissements est le marqueur d'une défiance que des mesures renforçant l'attractivité ne peuvent inverser à elles seules; pour donner leur plein effet, il faut que toute les forces humaines des 2 institutions et tout particulièrement les communautés médicales s'approprient cette dynamique de progrès, sous la conduite des 2 DG et des 2 présidents de CME. Côté médical, à Mayenne, Mme Lignel, présidente de la CME, très investie dans le GHT, apportera tout son concours ; l'arrivée à la tête de la CME du CHL d'un nouveau bureau présidé par le Dr Hussein Yassine juste élu à une très forte majorité, chef du service de réanimation, effectuant des gardes sur place au CHNM, est aussi de bon augure. Les 6 actions qui sont proposées pourraient constituer le fil conducteur d'un projet d'établissement commun aux 2 institutions car la mutualisation des fonctions supports des 2 sites doit accompagner le PMSP (projet médico-soignant partagé). Ce projet partagé qui reste à bâtir serait le point de départ d'une dynamique de pôle hospitalier à 2 têtes aux activités complémentaires et non concurrentes en adéquation avec l'évolution démographique de la population et les attentes sanitaires qui en découlent, permettant de garantir au malade une prise en charge sécurisée et des soins de qualité.