



Hôpital Nord-Ouest Reconstruction de l'Hôpital de Tarare : une réponse aux besoins de proximité de la population

Regroupant plusieurs établissements (les centres hospitaliers de Villefranche sur Saône, de Tarare, de Trévoux, de Saint-Cyr au Mont d'Or ou encore l'EHPAD de Villars les Dombes), l'Hôpital Nord-Ouest est structuré pour répondre avec efficacité aux besoins de santé de la population du nord-ouest du Rhône. Afin de maintenir une offre de proximité et de collaborer plus étroitement avec les EHPAD et la médecine de ville de son territoire pour organiser une offre efficace, l'Hôpital Nord-Ouest est actuellement lancé dans une opération de reconstruction de son établissement tararien. Outre l'amélioration de la qualité d'accueil hôtelier conforme aux standards actuels, ce nouvel hôpital permettra aux équipes d'évoluer dans des locaux permettant le développement des prises en charge ambulatoire tout en disposant d'un bâtiment favorisant des organisations plus efficaces et répondant à des enjeux de haute qualité environnementale.

Entretien avec **Monique Sorrentino**, directeur des hôpitaux de Villefranche sur Saône, Tarare, Trévoux, Grandris et de l'EHPAD de Villars les Dombes ; présidente du Comité stratégique du GHT Rhône Nord Beaujolais Dombes.



Le groupe hospitalier Rhône Nord Beaujolais Dombes

Monique Sorrentino : Couvrant un bassin de population de 320 000 habitants, notre groupe de 8 établissements publics est d'une bonne taille et harmonieux. Tout en développant des projets intéressants, il cultive et respecte

les spécificités de chaque établissement partie. Le territoire sur lequel nous intervenons se caractérise par une grande cohérence en matière de flux de population et de structuration de l'offre de soins. Enfin, les acteurs impliqués font preuve d'une grande maturité leur permettant de collaborer efficacement.

Comment s'est fait le rapprochement entre les différents établissements composant l'Hôpital Nord Ouest ?

M. S. : Ce rapprochement est historique. Les hôpitaux intégrés au

groupement travaillent ensemble depuis de très nombreuses années. Notre CHT à 4 puis à 5 établissements, mise en place en 2010, a été la première de la région Rhône-Alpes et l'une des premières de France. Initialement, elle rapprochait les hôpitaux de Tarare et de Villefranche avec, comme fil conducteur, la réorganisation des offres de soins entre les deux établissements. Ce rapprochement a permis la fermeture des principales installations de chirurgie de l'hôpital de Tarare. L'activité a été transférée sur l'établissement caladois. Parallèlement, nous avons augmenté la capacité d'accueil de Tarare en créant des lits de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR). Nous avons renforcé son service d'urgences et avons développé les consultations de proximité et de spécialités. Ainsi, 56 médecins de l'hôpital de Villefranche assurent les consultations de patients au sein de l'établissement de Tarare, lorsque le recours au plateau technique n'est pas nécessaire. Nous avons ainsi pu renforcer l'offre de soins de proximité, tout en garantissant un accès direct au plateau technique développé sur Villefranche.

Quelles ont été les difficultés rencontrées dans le cadre de la mise en place de ce groupe hospitalier ?

M. S. : L'obstacle le plus important a été la peur et l'inquiétude des équipes des différents établissements. Chacun craignait, avec ces rapprochements et une stratégie de groupe, une perte d'autonomie. Face à la gestion d'un changement important, ces inquiétudes sont naturelles et légitimes. Il est donc important d'aborder ouvertement les différents questionnements de nos collaborateurs. Aujourd'hui, les acteurs ont pris l'habitude de travailler ensemble. En parallèle, des structures de gouvernance ont été validées, mises en place et permettent de créer des espaces de discussion et de travail de co-construction. En s'appuyant sur cette gouvernance, le GHT peut prendre de nombreuses initiatives. L'objectif premier d'un GHT est de porter un projet médical commun visant l'optimisation de l'organisation des soins à l'échelle d'un territoire. Sur ce sujet fondamental, socle des valeurs hospitalières, médecins et soignants hospitaliers se retrouvent parfaitement. Notre collège médical travaille actuellement sur huit parcours de soins avec des descriptions très précises sur l'organisation des soins en fonction des plateaux techniques disponibles sur chacun des établissements du territoire.

Les présidents de conseil de surveillance sont-ils impliqués dans le développement du GHT ?

M. S. : Ils sont évidemment sollicités, écoutés et parties prenantes. Ils font tous partie du Comité Territorial des Élus. Il faut noter que les processus décisionnels demeurent de la compétence de chaque établissement partie au groupement. Ainsi, la convention constitutive du GHT a d'abord été votée et approuvée par les instances de chaque établissement (CTE, CME, conseils de surveillance, commissions de soins). De ce fait, la politique de groupe peut intervenir dans les projets menés par le GHT.

Quelles sont les orientations de votre projet médical commun ?

M. S. : Notre projet médical commun est encore en cours de rédaction. Ses lignes directrices majeures sont la graduation des soins sur le territoire avec l'organisation des parcours coordonnés, depuis la médecine de ville jusqu'aux établissements de recours. Le maillage du territoire depuis les micro territoires est une priorité. Le projet médical de territoire priorise le développement de consultations de spécialité en proximité. Il vise aussi la mise en place d'équipes médicales de territoire, le développement de l'ambulatoire médical et chirurgical. Plus globalement, nous visons la réduction du recours à l'hospitalisation. Enfin, nous comptons parmi ces objectifs centraux la facilitation de l'accès aux plateaux techniques pour l'ensemble de la population.

Comment le GHT influence-t-il le développement des activités de soins sur le territoire ?

M. S. : Le développement de l'offre de soins est un sujet qui évolue. Aujourd'hui, les hôpitaux doivent poursuivre le développement de leurs activités sans pour autant s'étendre ou augmenter leurs capacités lits. Les établissements du territoire ne mènent plus de travaux de restructuration forte car toutes les offres de soins sont assez bien définies. Le GHT a donc pour mission de retravailler, dans le détail et « la dentelle », les parcours de soins en fonction des pathologies et des patientèles concernées. La grande majorité de nos filières sont très complètes en raison, notamment, du partenariat historique de notre GHT avec les Hospices Civils de Lyon. La proximité d'une grande métropole est un plus pour le GHT (30 km).





Qu'en est-il de la filière gériatrique ?

M. S. : Cette filière est un sujet très important au niveau national. Elle concerne tous les acteurs de la santé, depuis le domicile avec les prestations dédiées à la prise en charge de la personne âgée réalisées par les acteurs de ville, l'hospitalisation à domicile, les EHPAD. Outre ces acteurs, sont également impliqués les établissements hospitaliers de proximité, les plateaux techniques. Cette filière est un enjeu de santé publique colossal car elle affiche clairement des défauts identifiés. De ce fait, les urgences hospitalières accueillent encore bien trop de patients âgés polypathologiques. Il manque des relais à l'hospitalisation conventionnelle. Les plateformes d'appui aux parcours complexes prévus par la loi sont en cours de mise en place. Les modes de prise en charge actuels pour la personne âgée ne peuvent être conservés pour faire efficacement face au défi du vieillissement de la population. Nous devons modifier nos modalités de prise en charge de la personne âgée. En région Rhône-Alpes, les filières gériatriques ont été structurées et sont un moyen efficace pour renforcer les interactions entre professionnels de santé, réduire les besoins en hospitalisation, améliorer l'offre médicale en EHPAD, et encourager la prévention.

L'efficience du réseau ville-hôpital a-t-elle sa place dans votre projet médical commun ?

M. S. : Il s'agit d'un axe de travail intégré à notre projet mais il reste particulièrement complexe à mettre en place. Au vu de la taille de notre territoire, nous devons nous coordonner avec un nombre important de médecins de ville aux organisations le plus souvent individuelles et parfois en cabinets de groupe. De ce fait, il est difficile, pour les hospitaliers, de toucher l'ensemble des médecins de ville. Au sein de notre GHT, notre axe prioritaire reste

dans un premier temps, la coordination des acteurs hospitaliers entre eux. En collaborant mieux ensemble et en optimisant les parcours de prise en charge entre établissements hospitaliers, nous renforcerons nos échanges avec les acteurs de la médecine de ville en offrant de meilleures réponses aux besoins de leurs patients.

Quelles sont les forces de l'Hôpital Nord Ouest en matière d'attractivité ?

M. S. : Le groupement propose toutes les disciplines hospitalières nécessaires sur notre bassin de population. Le niveau du plateau technique de l'hôpital de Villefranche a grandement évolué au cours des sept dernières années. L'établissement regroupe donc des spécialités plus nombreuses, notamment en cancérologie, radiothérapie (avec le centre Léon Bérard), cardiologie interventionnelle (avec les Hospices Civils de Lyon), pédiatrie, imagerie et chirurgie. En outre, l'hôpital se tourne de plus en plus vers l'ambulatoire chirurgical bien entendu, mais aussi médical. Les Hospices Civils de Lyon prennent en charge les activités de recours et de référence. Par ailleurs, notre groupement a défini des organisations adaptées lui permettant de maintenir son équilibre financier. Certains secteurs sont, certes, particulièrement fragiles mais les hôpitaux sont bien organisés. Notre culture médico-économique a été bien diffusée auprès des acteurs du groupement. Ces derniers comprennent les règles de financement et sont donc capables de se remettre en question. Grâce à leurs capacités, nous pouvons travailler nos mutualisations et revoir les organisations dans l'intérêt du patient et de son parcours de soins. Pour autant, l'Hôpital Nord Ouest reste très dynamique et affiche une croissance annuelle de son activité allant de 7 à 8 %, essentiellement dans le domaine de l'ambulatoire. Notre bilan financier excédentaire nous offre une bonne capacité d'autofinancement.



Quelles sont les grandes lignes du projet de construction du nouvel hôpital de Tarare ?

M. S. : L'hôpital de Tarare est dans un état préoccupant. Du fait de son vieillissement, ses installations sont très datées et il propose encore des chambres à quatre lits. La reconstruction de l'hôpital a été négociée parallèlement à la constitution de la CHT et à la fermeture des activités principales de chirurgie sur l'établissement. Ces projets structurels permettent de fidéliser et de pérenniser une offre de soins de proximité. L'hôpital est déjà très attractif mais il était nécessaire de proposer un outil moderne, conforme aux attentes en matière de prise en charge et aux attentes des personnels. Le nouvel établissement sera plus proche de la gare de la ville et disposera d'un service d'urgences renforcé. Cette reconstruction s'effectue dans un travail collaboratif étroit avec la mairie de Tarare, largement impliquée dans ce projet.

Qu'en est-il des opérations liées à l'hôpital de Villefranche ?

M. S. : Le projet de restructuration de l'hôpital de Villefranche entame, quant à lui, sa phase 2. La phase 1 a été achevée et le bâtiment ouvert entre 2009 et 2010. Ce projet phase 2 a nécessité un travail important de programmation pour assurer son autofinancement. Il s'est conformé aux préconisations de l'ANAP. À l'ouverture de cette nouvelle extension, nous pourrions fermer le site vétuste d'Alix regroupant des activités sanitaires et médico-sociales sur 10 000 m². Par la suite, nous débiterons les opérations de regroupement et de reconstruction des EHPAD de la ville et d'Alix. Nous allons ainsi pouvoir nous séparer d'établissements très coûteux en matière de maintenance et loin de respecter les normes en matière de prise en charge. Cet investissement nous permet de sécuriser la pharmacie et les laboratoires qui sont également vieillissants et nécessitent d'être modernisés. Enfin, ce projet nous permet d'accueillir le Centre Médical de Bayère, situé à Charnay.

Il sera intégré au bâtiment dans le cadre d'un partenariat public-privé. Il sera ainsi plus proche du plateau technique de l'hôpital et pourra ainsi assurer plus efficacement ses activités de soins de suite et de réadaptation spécialisées en pneumologie. Outre un étage dédié à l'activité de cet acteur privé, nous prévoyons le partage équitable des installations medicotechniques. D'autre part, le centre médical organisera et prendra en charge, pour le compte de l'hôpital, les activités ambulatoires de SSR pneumologiques et cardiologiques. Cette extension va surtout nous permettre de réorganiser les activités ambulatoires chirurgicales, médicales et pédiatriques de l'hôpital. Les services évoluant de l'ancien vers le nouveau bâtiment vont libérer des espaces alloués à la rénovation des installations et à la réorganisation des activités ambulatoires sur les étages bas des bâtiments existants.

Quel est le calendrier prévisionnel pour ces opérations ?

M. S. : Le nouvel hôpital de Tarare ouvrira dans le courant du dernier trimestre 2017. L'opération d'extension du CH de Villefranche et du nouvel EHPAD avant fermeture de l'hôpital d'Alix, sera achevée en 2020.

Quels sont les enjeux liés au projet du nouvel hôpital de Tarare ?

M. S. : Nos objectifs sont de maintenir l'offre de soin de qualité, dont un service d'urgences et un SMUR, en recrutant des médecins et soignants capables d'assurer les activités de nos hôpitaux tout en développant les activités ambulatoires médicales et de SSR. L'enjeu de cet établissement est de maintenir une offre de proximité et de collaborer étroitement avec les EHPAD et la médecine de ville de son territoire pour organiser une offre efficiente. Le projet immobilier de construction du nouvel hôpital de Tarare comprend la création d'une maison médicale. Ainsi, nous renforçons la proximité entre les professionnels de santé de ville et l'hôpital et leur assurons une meilleure interaction.

Quelles difficultés avez-vous rencontrées lors de la mise en œuvre de ce projet ?

M. S. : Nous n'avons pas rencontré de résistances au changement particulièrement fortes. Nos défis majeurs étaient, avant tout, de définir un budget précis à respecter et de prévenir les dérapages. Dans le cadre d'une opération immobilière, l'inquiétude la plus importante d'un directeur hospitalier reste le risque de perdre la maîtrise des coûts de construction.

Quels sont les enjeux pour les opérations de l'hôpital de Villefranche ?

M. S. : Les enjeux de ce projet concernent le développement de l'ambulatorio médical, la mise en sécurité des services et l'intégration du nouveau bâtiment avec l'ancien. Nous souhaitons également concrétiser et mettre en place un partenariat efficient entre l'hôpital et notre partenaire privé : le Centre Médical de Bayère. Outre le développement de l'activité de SSR, nous visons un réel épanouissement de toutes les structures engagées en respectant la culture et l'identité de chacun.

Comment les professionnels du groupe hospitalier sont-ils accompagnés dans toutes ces opérations ?

M. S. : Le groupe hospitalier comprend 3 300 collaborateurs. De ce fait, pour tous les accompagner dans les meilleures conditions il est crucial, dans un premier temps, d'installer une gouvernance et un pilotage de GHT au sein desquels les acteurs impliqués (directeurs, présidents de CME, médecins, cadres, présidents de conseils de surveillance, partenaires sociaux, représentants des usagers, etc.) peuvent clairement s'identifier. La représentativité de chaque établissement et de chaque type de professionnels reste l'élément fondamental à la mise en place d'un pilotage collectif efficient pour le GHT. Notre gouvernance comprend un comité stratégique regroupant directeurs, présidents de CME et directeurs des soins de chaque établissement, soit une trentaine de personnes. Elle intègre également un collège médical permettant aux médecins de se réunir. Ils ont pu eux-mêmes définir le nombre de médecins de chaque établissement intégrés au groupe. Chaque acteur de cette gouvernance peut ainsi assurer un relai efficace entre les organes de pilotage du GHT et leur établissement respectif. En tant que directeur, j'ai participé à différents séminaires entre médecins et directeurs avec un coach extérieur pour animer les échanges autour du management et de la collaboration entre des établissements de tailles variées. Ces groupements entraînent des chocs de culture, de positionnement entre les établissements impliqués, de taille et de culture différentes.

À combien s'élèvent les investissements liés à ces différents projets ?

M. S. : Le projet de Villefranche est réalisé sur un programme global d'investissement de 100 M€ en cinq ans. Le nouvel hôpital de Tarare est une opération de 30 M€ qui est aidée par l'ARS à hauteur de 7,9M€. L'ARS et le Conseil Départemental sont des soutiens très importants pour le volet EHPAD dans le cadre de ces opérations. L'ARS accompagne également l'opération d'extension du CH de Villefranche pour la partie concernant le Centre Médical de Bayère.

Quelle importance accordez-vous au management des relations humaines ?

M. S. : Cette mission reste l'une des plus importantes de ma fonction et de mes activités quotidiennes en tant que directeur. J'ai exercé dans des hôpitaux de tailles diverses évoluant dans des contextes très spécifiques. Par mon expérience, j'attache une grande importance à la subsidiarité et essaye toujours de responsabiliser le plus grand nombre de mes collaborateurs en faisant en sorte que l'intérêt collectif supplante les intérêts individuels. Je cherche à développer une posture collective pour qu'ensemble nous renforçons nos organisations. Parallèlement, mon rôle est aussi d'arbitrer dans le cadre des prises de décision pour que nos projets se poursuivent et se concrétisent.

Comment souhaitez-vous développer l'image du groupe hospitalier ?

M. S. : Pour la Communauté Hospitalière de Territoire, mon prédécesseur avait développé la marque « *l'hôpital Nord-Ouest* » (HNO). L'ensemble des 5 établissements en direction commune partagent donc un logo et un nom commun, et de nombreux échanges ont été organisés pour nous assurer que chacun préserve néanmoins sa propre culture. De façon assez spontané, le GHT initialement nommé « *Rhône-Nord* », a adopté une nouvelle dénomination « *Rhône Nord Beaujolais Dombes* » avec un visuel et une charte graphique spécifique. A l'intérieur du GHT, les hôpitaux de Belleville Beaujeu qui sont eux aussi en direction commune ont adopté une dénomination spécifique, Hôpitaux Saône Beaujolais.

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

M. S. : Cet hôpital sera, avant tout, « hors les murs ». Il devra inclure des offres de soins bien plus nombreuses en lien avec le domicile et avec des modes de prises en charge ambulatoires. Il devra proposer des solutions de télémédecine renforcées, et encourager les collaborations avec les autres acteurs de santé de son territoire. Au XXI^e siècle, amener le patient dans les murs de l'hôpital n'est plus systématiquement la meilleure façon de le prendre en charge. Il faut donc changer nos représentations de l'hôpital et accentuer l'aspect « hors les murs » au sein d'un territoire. Aujourd'hui, les établissements hospitaliers disposent d'équipes médicales mobiles. Par ailleurs, les hôpitaux devront rattraper leur retard important en matière d'informatique hospitalière. Outre les problèmes de confidentialité rendant difficiles le partage d'informations médicales, les SIH sont d'une très grande complexité technique. A ce jour, il existe encore peu de solutions informatiques permettant d'intégrer les SIH d'entités juridiques différentes. Enfin, pour accompagner cette évolution de nos systèmes d'information, il est important d'adapter les investissements pour la gestion du changement, la formation des acteurs et le paramétrage des outils. Ces démarches, nécessaires pour le développement du SIH, ont un effet levier très important sur les GHT. La mise en place d'un nouvel outil informatique implique le développement de référentiels communs et, donc, l'échange entre les acteurs du groupement pour homogénéiser les pratiques.