



Restructuration du CHU Poitiers : anticiper l'hôpital de 2020

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



Le CHU de Poitiers...

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

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

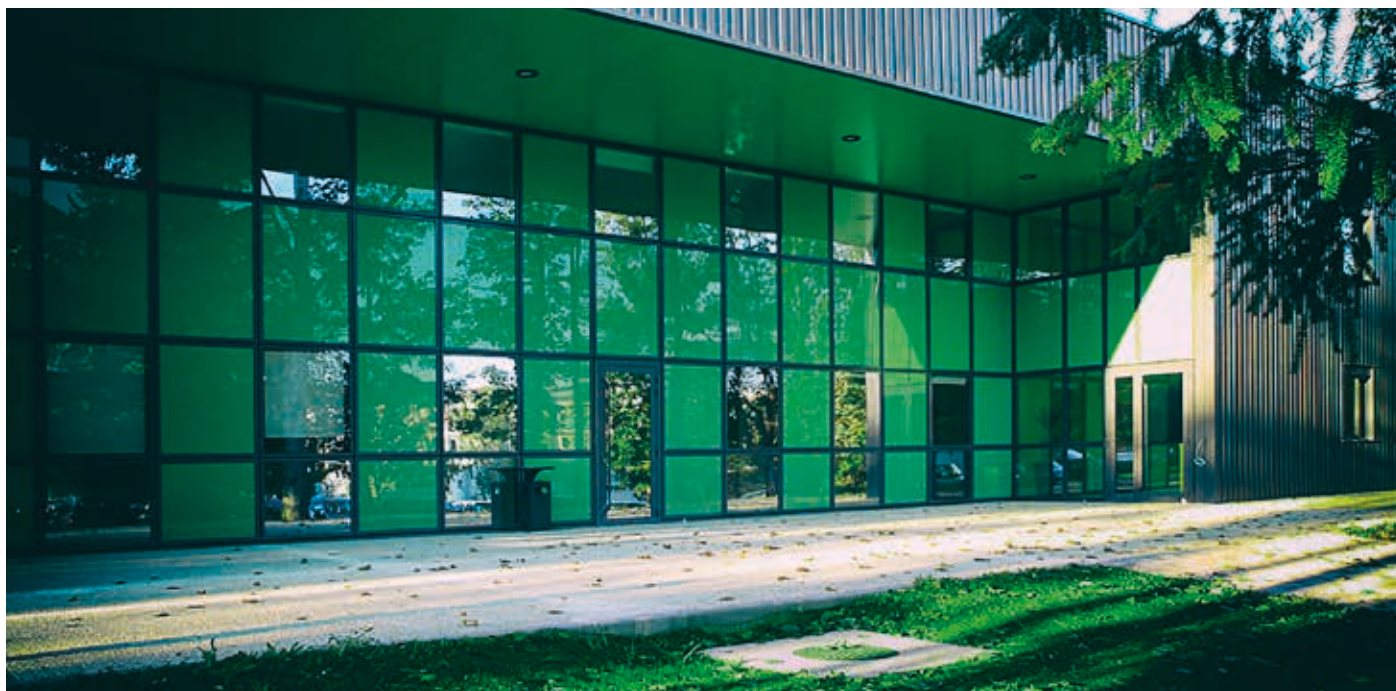
Sur le plan financier, le CHU conserve également un bon équilibre. Sa capacité d'investissement lui permet une certaine autonomie dans le développement de ses projets. L'établissement doit aussi sa force à ses

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

Comment le CHU est-il positionné sur son territoire ?

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





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

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

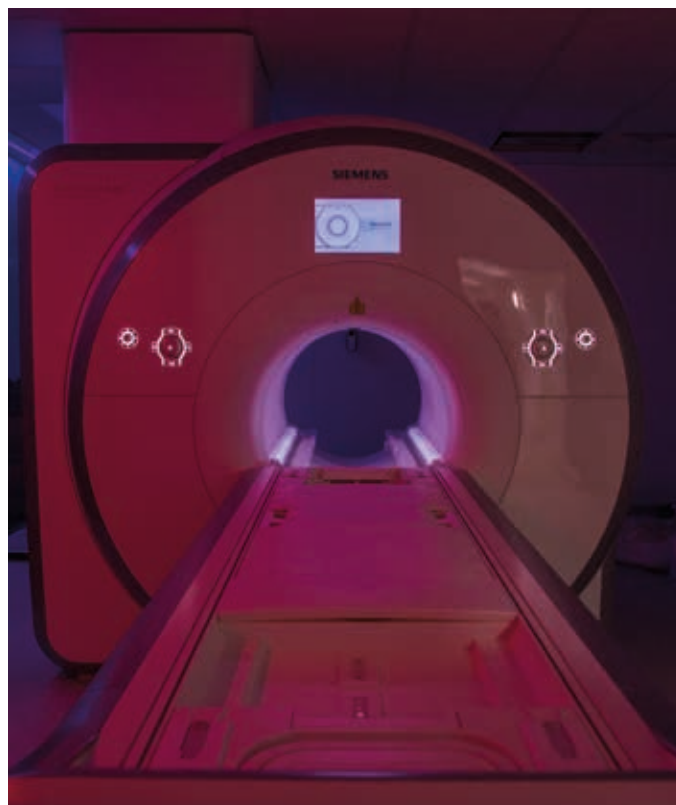
géographique pour faire face à une démographie médicale déclinante. Désormais, seul l'hôpital psychiatrique du territoire est extérieur au GHT après avoir obtenu une dérogation nationale. Cet établissement envisage la création d'une communauté de territoire en psychiatrie avec la structure spécialisée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

Quelles sont les forces de ce groupement hospitalier de territoire ?

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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



Quel est le rôle du CHU au sein du Groupement de Coopération Sanitaire Hôpitaux Universitaires du Grand Ouest ?

J.-P. D. : Le GCS HUGO est passionnant pour le CHU car il permet un travail en réseau entre sept hôpitaux universitaires de la zone Ouest (Brest, Rennes, Nantes, Tours, Angers, Orléans et Poitiers). Très tôt, nous avons concentré nos collaborations sur les soins, l'enseignement et la recherche. Pour les soins, nous avons essayé de répartir le développement d'activités de surspécialité entre nos établissements. Nous avons ainsi mis fin à l'activité de neurochirurgie infantile au CHU de Poitiers pour permettre au CHU de Tours de développer pleinement son activité pédiatrique déjà très marquée. Nous avons également réorganisé l'offre de soin et assuré le partage des activités en fonction de nos compétences respectives. Dans le domaine de la recherche, nous développons des projets communs et avons obtenu des Départements Hospitalo-Universitaires (DHU) communs. Nous intégrons désormais la

région Nouvelle-Aquitaine dont les acteurs n'ont jamais partagé autant de travaux. Nous n'avons donc pas la même dynamique que dans le cadre du GCS HUGO qui reste un exemple en matière de coopération territoriale. Nous avons cependant conservé nos accords avec les hôpitaux de Tours et Angers.

Quelle est la place de la recherche au sein du CHU ?

J.-P. D. : La recherche est une activité assez récente au CHU. Sous ma direction, l'établissement a développé quatre équipes INSERM, une équipe CNRS et un centre CIC-INSERM. Nous entretenons donc une dynamique de promotion de la recherche en collaboration avec le maire de Poitiers, en sa qualité de président du conseil de surveillance. L'existence et la force de nos équipes de recherche seront essentielles pour garantir à l'établissement le maintien de son statut universitaire. Notre politique est donc grandement marquée par le développement et le financement de la recherche. Nous maintenons donc nos équipes INSERM et envisageons d'en créer de nouvelles. Alors que l'établissement est le 20^e CHU de France par la taille, son niveau de recherche reste très honorable.

Votre projet d'établissement 2013-2017 avait pour objectif la recherche de l'excellence dans la continuité. Quel bilan dresseriez-vous de ce projet ?

J.-P. D. : Nous sommes assez satisfaits car tous les points inclus dans le projet ont été traités avec, néanmoins, un décalage d'un an concernant la construction de la maison de santé publique. Ce projet d'établissement était particulièrement important pour le CHU car il venait clore une dynamique engagée pendant près de 15 ans. Avec la construction du centre de cardiologie et le rapatriement des activités de pneumologie, l'hôpital a pu assurer le regroupement de toutes les installations de MCO. Nous attendons donc des économies de gestion importantes liées à l'optimisation des organisations, des transports et des coûts de gestion. Le CHU de Poitiers a développé ses installations de façon progressive en privilégiant la modernisation des installations d'urgences et d'imagerie. Nous avons ensuite assuré la création d'un plateau unique de biologie, avant de développer les réponses en cancérologie et cardiovasculaire. L'hôpital bénéficie aujourd'hui de deux outils exceptionnels que sont : le pôle régional de cancérologie et le centre de chirurgie cardiovasculaire. Ils nous permettent de prendre en charge très efficacement le cancer et les pathologies cardiovasculaires, deux problématiques de santé majeures sur le plan national. Pour autant, le CHU a maintenu le niveau de qualité de ses autres activités, notamment la neurochirurgie. Nos dernières analyses révèlent un grand équilibre dans la réponse de l'hôpital à la demande de santé avec 2.200 Groupes Homogènes de Séjour (GHS) réalisés au CHU pour un total de 2.500 GHS.





Quelle est la nature des réflexions initiées pour le prochain projet d'établissement ?

J.-P. D. : Nous devons impérativement investir dans le système d'information de l'hôpital. Nous devons notamment développer la télémédecine, pour laquelle le CHU affiche un très net retard, ainsi que les objets connectés. Outre le système d'information, la Qualité est encore un volet insuffisamment présent dans la culture de l'établissement. Nous devons le renforcer pour en faire un élément essentiel dans la pratique quotidienne du corps médical et du personnel soignant. Nos principaux axes de développement concerneront donc des volets immatériels étroitement liés à l'organisation et aux pratiques de l'hôpital. Dans le cadre du GHT, nous pouvons entreprendre des systèmes cohérents. Nous devons alors définir les meilleures solutions pour garantir une communication efficace entre les établissements des groupements.

Dans quelle mesure l'ouverture du nouveau centre cardiovasculaire vous permet-elle de préparer 2020 ?

J.-P. D. : Ce nouveau centre nous permet d'anticiper nos futurs projets en matière d'innovation. Jusqu'à présent, nous ne disposions pas d'équipements suffisamment modernes pour accompagner le développement de nos opérations à venir, notamment au niveau du bloc opératoire. Aujourd'hui, notre salle hybride, notre salle embarquée, nos robots chirurgicaux et nos autres équipements obtenus par un saut technologique majeur sont autant d'outils de pointe qui nous permettent d'anticiper nos besoins dans le nouvel hôpital à horizon 2020. En outre, nous avons largement développé l'ambulatoire en intégrant de nombreux lits de jour, notamment en cardiologie et en médecine vasculaire. Cette dernière activité est d'ailleurs exclusivement réalisée en ambulatoire et ne comprend donc aucun lit d'hospitalisation classique. Enfin, nous souhaitons développer une plateforme de concertation et de suivi des patients à domicile dans le domaine de la cardiologie. Nous espérons ainsi encourager l'ouverture de l'hôpital et son rapprochement avec les acteurs du territoire et de la ville.

Qu'a représenté l'inauguration de ce nouveau centre organisée en janvier 2017 en présence du président François Hollande ?

J.-P. D. : Je ne pensais pas que la venue du président pour cette inauguration ait un tel impact auprès du personnel. Sa participation à l'inauguration et sa visite de nos installations durant une grande partie de la matinée ont été perçues comme une grande marque de reconnaissance par nos équipes. François Hollande s'est montré à la fois très accessible et ouvert à la discussion avec le personnel. Son discours d'environ 30 minutes dédié à la santé a clairement reconnu les qualités et le caractère d'excellence du CHU, tant en matière d'équipement et d'environnement que de gestion. Cette visite a été la première d'un Président de la République Française en exercice au CHU de Poitiers.

Quels ont été les autres projets symboliques du CHU au cours de ces dernières années ?

J.-P. D. : La première opération phare pour l'établissement a été la modernisation du service des urgences. Par la suite, nous avons réalisé le plateau unique des laboratoires avec un système d'information innovant permettant un circuit préanalytique automatisé. Ce plateau est également une source importante d'économies d'échelle. Nous avons largement investi sur le nouveau plateau d'imagerie pour assurer à nos équipes des installations de pointe pour les activités d'exploration du plateau technique. Notre choix stratégique suivant a concerné la création du pôle régional de cancérologie. La région ne comprenant aucun centre anticancéreux, nous avons visité plusieurs centres internationaux pour imaginer un centre à l'identité originale, différente de celle d'un hôpital. Sept ans après son ouverture, l'évolution constante de l'activité nous fait déjà apercevoir les limites de ce centre en matière de capacité d'accueil. Nos choix d'investissements ont été raisonnés pour respecter la volonté de notre politique managériale d'engager des projets dans la limite de nos moyens disponibles afin d'éviter des emprunts élevés pour l'établissement.

Comment votre présence de longue date à la tête de la direction du CHU de Poitiers influence-t-elle votre politique managériale ?

J.-P. D. : Mon expérience et mes connaissances de l'établissement et de son territoire me permettent de développer une vision à long terme de l'évolution du CHU. Cette vision me permet d'avoir un regard plus critique sur nos projets et sur les évolutions de nos pratiques. La stabilité est une qualité très présente au sein de l'hôpital, tant au niveau de la direction que des équipes. Elle démontre la qualité de l'environnement proposé par le CHU, le haut niveau de confort au travail de ses équipes et l'entente entre ses collaborateurs.

Comment définiriez-vous le projet Agora ?

J.-P. D. : Ce projet vise la construction d'un bâtiment dédié à l'ensemble des personnels administratif et technique du CHU. Actuellement, 350 agents participent à l'organisation de l'hôpital. Ils étaient auparavant situés sur sept lieux différents mais je souhaitais les regrouper depuis de nombreuses années. J'ai présenté ce projet il y a trois ans mais le conseil de surveillance l'avait alors différé en justifiant que cette opération n'était en rien prioritaire. Neuf mois plus tard, le projet a été validé lors d'une seconde tentative devant le conseil. Après avoir, pendant près de 15 ans, concentré les moyens de l'hôpital sur le renouvellement des services de soins et des installations hôtelières, il devenait nécessaire d'améliorer les conditions de travail des équipes administratives et de gestion et de la blanchisserie centrale. Le bâtiment Agora est aujourd'hui un lieu agréable favorisant l'échange et la rencontre entre les 350 agents administratifs du CHU. Par leur implication au quotidien, ces professionnels ont largement mérité de quitter des installations vieilles de plus de 40 ans.

Quels sont les prochains projets d'envergure du CHU ?

J.-P. D. : L'un des futurs projets emblématiques de l'établissement est la reconstruction des installations de médecine et de chirurgie de l'hôpital Montmorillon. Les constructions de la Maison de Santé Publique et de la blanchisserie centrale sont amorcées et ne demandent plus qu'à être finalisées. Nous devons également repenser notre offre de cancérologie. À l'avenir, le CHU devra répondre aux besoins du territoire en matière de structures de soins de suite. Il sera alors impératif de définir le positionnement de cette offre, au sein du GHT ou non. Par la suite, nous aurons également à cœur de poursuivre nos investissements dans le domaine de la recherche.

Comment votre management des relations humaines a-t-il évolué ?

J.-P. D. : Ma politique managériale a toujours été caractérisée par son aspect très directif qui, dans un premier temps, a parfois mécontenté le corps médical de l'hôpital. Le médecin a souvent un profil assez conservateur et s'accommode mal d'une politique managériale visant une redéfinition régulière du périmètre de travail des équipes. Durant l'exercice de mes fonctions de directeur général, j'ai imposé aux personnels du CHU le changement très régulier de l'environnement de travail, des organisations et des installations. Ces modifications sont essentielles pour réaliser des projets d'organisation à plus long terme et pour innover et optimiser nombre de nos activités de spécialité. Dans ce contexte, le personnel joue un rôle essentiel pour assurer l'accompagnement et l'avancement de ces projets. La politique managériale doit donc inclure un contact et des échanges privilégiés avec les cadres de santé. À ce titre, la construction des pôles a été l'occasion de rapprocher la direction et les cadres du personnel. De plus, il est essentiel, pour la direction, de savoir récompenser et sanctionner ses collaborateurs. Aussi, j'ai

progressivement mis en place une logique d'intéressement collectif pour les équipes et, depuis trois ans, une logique d'intéressement personnel. Nous étudierons également un intéressement personnel au présentéisme. Cette solution est utile pour intéresser nos collaborateurs et récompenser les plus actifs. Cependant, nourrir un projet reste l'élément le plus motivant et le plus efficace pour assurer la cohésion de l'hôpital.

En matière d'orientation et de pilotage stratégique, quelles performances espérez-vous pour le CHU ?

J.-P. D. : Nous devons encore progresser en matière d'activités. Nous repérons des taux de fuite au niveau régional vers la ville de Bordeaux. Nous avons des parts de marché supplémentaires à remporter, notamment en chirurgie. Nos activités de cardiologie et de cancérologie sont optimales. Nous enregistrons un taux de 40% d'ambulatoire en chirurgie et nous allons augmenter cette activité. Nous devons cependant rester vigilants car le système financier actuel est très défavorable à l'ambulatoire et peut entraîner des déficits en raison de tarifs très faibles. De plus, un directeur d'hôpital n'a aujourd'hui aucune visibilité à long terme quant à l'évolution de ces tarifs. Le développement du CHU se fera également par de nouvelles activités en coopération avec le CHU de Limoges, entre autres. Cet établissement a abandonné la transplantation cardiaque, une activité que nous souhaitons reprendre dans le cadre du PRS pour répondre aux besoins des 6.5 millions d'habitants de la région Nouvelle-Aquitaine.

Comptez-vous étendre les activités de l'hôpital pour mieux l'intégrer dans la ville ?

J.-P. D. : Nous souhaitons étendre nos activités de prévention et de soins primaires. Je négocie actuellement avec les grandes surfaces de la ville de Poitiers pour y implanter des espaces d'accueil, de conseils en santé et de présentation de l'offre hospitalière du CHU. Nous envisageons également des offres de prise en charge pour des soins basiques complétant la prévention et permettant de mieux intégrer les actions de santé dans le quotidien de la population. Ce concept est nouveau et sera très certainement mal vu par certaines instances, notamment le Conseil de l'Ordre des médecins. Néanmoins, il est indispensable que l'hôpital sorte de ses murs et participe lui-même à la vulgarisation de ses démarches au bénéfice du patient et de ses compétences.

L'hôpital d'aujourd'hui correspond-il à votre idéal de début de carrière ?

J.-P. D. : L'hôpital actuel dépasse les attentes que j'ai pu avoir au début de ma carrière. La santé est l'un des secteurs ayant connu l'évolution la plus rapide au cours de ces dernières années. L'hôpital s'est modernisé et s'est transformé pour intégrer dans ses organisations des innovations constantes dans de nombreux domaines. Le développement des connaissances, notamment, continue de m'impressionner. Aucun professionnel hospitalier n'aurait pu prévoir une telle célérité dans l'évolution de nos pratiques, dans l'adaptation des praticiens à des pratiques médicales nouvelles et dans le développement de nombreuses innovations et activités de recherche. Enfin, l'évolution de la médecine personnalisée et de traitements oraux de la cancérologie, entre autres, ainsi que le développement des objets connectés vont certainement entraîner de futures révolutions au sein de l'hôpital.