

**Collectif des Praticiens Hospitaliers**

Centre Hospitalier Pierre Oudot

30 Avenue du Médipole

38300 BOURGOIN-JALLIEU

à : Mr Serge Malacchina,  
Directeur Général  
Centre Hospitalier Pierre Oudot  
30 avenue du Médipole  
38300 BOURGOIN-JALLIEU

Copies : ARS Auvergne Rhône Alpes

Dr Jallon Conseil départemental  
de l'ordre des médecins de l'Isère

Dr Granet  
Conseil régional ordre des médecins

Dr Mireille Voutier  
Présidente de CME

Dr Anne Pénicaud Védrine  
Vice-présidente de CME

Dr Marc Fabre  
Chef de pôle

Dr Jean Louis Faure  
Chef de Pôle

Dr Christian Ferrero  
Chef de Pôle

Dr Marc Giroud  
Chef de Pôle

Bourgoin-Jallieu, le 17 janvier 2017

Monsieur le directeur,

Nous, praticiens hospitaliers du Centre Hospitalier Pierre Oudot réunis en collectif, tenons à vous interpeller sur deux points, celui du projet d'un nouveau service de médecine sur le CHPO et celui de la gouvernance et de la considération des médecins dans notre établissement.

Nombre d'assistants et de praticiens contractuels s'associent à notre démarche.

**Point 1 : projet de nouveau service de médecine sur le CHPO.**

Vous nous avez informés lors de la réunion des responsables de structure du 1<sup>er</sup> décembre 2016 et de la CME du 15 décembre 2016 du projet, très avancé, de création d'un nouveau

service de médecine regroupant une Unité Médicale d'Accueil des Urgences (UMAU) de 20 lits et un court séjour gériatrique de 10 lits. Votre projet serait d'ouvrir cette unité dans les locaux actuels de l'unité de semaine (UDS), de regrouper dans les locaux actuels de l'unité de jour (UDJ) l'hôpital de jour de médecine et l'hôpital de semaine (avec diminution importante des lits d'UDS et d'UDJ et restructuration de l'UDJ), de transférer l'activité d'UDJ chirurgie en service de chirurgie et de transformer l'UHPU actuelle en une unité Z.S.T.C.D. D'après ce que nous avons compris, l'ouverture de l'UMAU se ferait sans recrutement médical, les docteurs Gailliard-Virgone (comme responsable de structure), Champelovier, Cortambert et Hervieux étant pressentis par vous-même et le chef de pôle pour s'occuper des patients de cette unité ; il n'y aurait pas d'ouverture de poste d'internes et les paramédicaux seraient affectés par redéploiement interne. Votre souhait serait d'ouvrir cette unité avant l'été 2017.

Nous n'avons jamais été associés à ce projet que nous avons tous (y compris les médecins concernés au premier rang) découvert très récemment, et n'avons absolument pas participé à la réflexion d'amont.

Nous avons conscience des difficultés rencontrées par le service d'accueil des urgences et de la nécessité de travailler au niveau institutionnel à l'ouverture de lits de médecine polyvalente pour assurer des lits d'aval pour les urgences. Cependant, le projet tel que vous le présentez nous paraît difficilement envisageable et acceptable et ce, pour plusieurs raisons :

*La première raison pour laquelle nous sommes défavorables à ce projet est en lien avec les restructurations majeures imaginées pour l'unité de jour et l'unité de semaine.*

Comme nous l'avons indiqué, la création de ce nouveau service se ferait aux dépens de 2 unités dynamiques et indispensables.

L'activité de l'hôpital de jour médical est à nouveau en croissance. Il y a actuellement 16 lits ou fauteuils disponibles et il est souvent nécessaire de placer des patients en UDS ou en UDJ chirurgie faute de place. Le nombre de patients pris en charge en UDJ devrait continuer à augmenter du fait de l'augmentation du recrutement de patients, des progrès thérapeutiques et du développement de nouvelles drogues et lignes de traitements. Si les lits d'UDS diminuent, certains patients d'UDS (chimiothérapies notamment) basculeront sur l'UDJ ce qui augmentera à nouveau le nombre de patients. Il nous paraît plus pertinent de réfléchir à une augmentation des capacités d'accueil en UDJ médical (tout en réfléchissant à des modalités d'augmentation du nombre de patients/lit) qu'à une réduction du nombre de lits à 12 comme vous le proposez. Il n'est pas réaliste pour le moment, à effectif médical et pharmaceutique constant, d'imaginer la prescription et la fabrication de chimiothérapies les après-midis.

L'UDS et l'UDJ accueillent aujourd'hui des malades programmés, conformément à ce qui nous a été demandé en 2011. Nous avons joué le jeu de l'externalisation de ces patients des unités conventionnelles vers ces unités, ce qui a permis de libérer des lits d'hospitalisation conventionnelle pour accueillir les patients des urgences. Une diminution modérée du nombre de lits d'UDS (à 20 par exemple) paraît envisageable. Une diminution plus importante nous contraindrait à reprogrammer les patients en services conventionnels ce qui va à l'encontre de l'objectif initial. Le transfert de l'UDS dans les locaux actuels de l'UDJ entraînerait des hospitalisations de patients lourds ou venant pour des coloscopies ou des chimiothérapies dans des chambres sans douche. La nouvelle unité d'UDS ne pourrait pas accueillir convenablement les patients obèses suivis par les endocrinologues.

Les personnels paramédicaux de ces deux unités, qui possèdent des compétences indiscutables, en particulier en oncologie, seraient contraints d'occuper des postes non souhaités dans d'autres services, ce qui nous paraît contre-productif et délétère.

Les services de chirurgie conventionnelle pourraient être en difficulté pour l'accueil des urgences si les lits d'UDJ chirurgicaux y sont transférés.

Les grandes incertitudes quant aux possibilités d'extension future de l'hôpital sur les bâtiments de Virieu nous laissent sceptiques quant aux perspectives d'amélioration dans deux ans.

*La deuxième raison concerne le personnel médical pressenti de ce service.*

Le docteur Gailliard-Virgone est engagée depuis plusieurs années dans le service de médecine interne ; elle assure les consultations à la P.A.S.S ; elle a développé des compétences en hématologie et assure une partie de cette activité, en UDJ et en consultation. Les Dr Fabre et Roux assurent déjà 3 demi-journées de consultation par semaine, dont de l'hématologie, et ne peuvent absolument absorber une activité supplémentaire. L'activité dans le service de médecine interne est par ailleurs lourde et il est difficilement imaginable de faire fonctionner ce service avec un praticien en moins. Le Dr Comte, assistante, quittera le service en novembre 2017. Le recrutement en médecine interne et en hématologie ne semble possible qu'en novembre 2018 et toute modification d'ici là pourrait mettre en péril l'équilibre du service de médecine interne et l'activité d'hématologie.

Le Dr Champelovier est actuellement médecin généraliste dans le service de cardiologie. Son éventuel départ non remplacé pour l'UMAU pénaliserait une unité déjà fragilisée sur le plan médical.

Si le nouveau service devait ouvrir avant l'été sans recrutement, cela mettrait en danger les services de médecine interne et de cardiologie.

Dans le cas où les docteurs Hervieux et Cortambert seraient transférés sur le nouveau service UMAU, leur remplacement sur le service ZSTCD n'est pas acté pour le moment et le service des urgences serait encore plus en sous-effectif médical.

Nous soulevons également la question de la permanence des soins dans ce potentiel nouveau service, il ne nous paraît pas envisageable de demander encore plus à des praticiens déjà investis sur d'autres tours d'astreinte.

A plusieurs reprises (réunion des responsables de structure du 1<sup>er</sup> décembre, CME du 15 décembre, mail du Dr Mibord du 8 janvier 2017, Copil UDJ du 13 janvier 2017), nous avons exprimé les réserves ci-dessus et argumenté notre opposition au projet tel que vous le proposez. Nos remarques n'ont jusqu'ici pas été prises en compte.

Nous sommes néanmoins comme vous convaincus de la nécessité d'augmenter la capacité en lits de médecine sur notre établissement. Nous vous proposons donc de bâtir des groupes de travail pour réfléchir à un autre projet d'unité de médecine polyvalente, en prenant le temps de le construire avec tous les acteurs médicaux et paramédicaux concernés.

## **Point 2 : Gouvernance et considération des médecins au CHPO.**

Le point 1 énoncé ci-dessus n'est qu'un exemple de décision imposée aux praticiens sans concertation préalable, ni réelle écoute des problématiques de terrain.

Comme autres exemples, les décisions de recrutement médical sont parfois prises sans tenir compte des avis des praticiens en place ; le choix d'un logiciel de prescription de chimiothérapie a été imposé aux prescripteurs et pharmaciens... Par ailleurs, de nombreuses questions posées par mails ou lors de réunions importantes (celle du 1<sup>er</sup> décembre 2016) à vous-même et aux chefs de pôle sont restées sans aucune réponse. Il a été l'été dernier demandé à chaque unité de formaliser un projet de service, à rendre très rapidement ; aucune suite ne nous a été donnée depuis notre rendu en août 2015. Les responsables de structure vous ont à plusieurs reprises interpellé sur l'absence de fiche de poste définissant leur périmètre de responsabilité et leurs missions ; ils attendent toujours une réponse. Il nous est très difficile de nous entretenir avec les chefs de pôle ; par exemple, il n'existe pas de réunion de pôle dans les pôles chirurgie ou gériatrie; celles du pôle médecine sont fréquemment annulées. A défaut de concertations avec les responsables de structures et les médecins, les avis et projets des chefs de pôle ne sont pas représentatifs de ceux de la communauté médicale.

Plusieurs praticiens rapportent avoir vécu comme une humiliation ou une intimidation certains de vos propos ; ces situations ont conduit à des arrêts professionnels de deux responsables de structures du pôle de médecine, collègues solides, motivées et dynamiques. On peut aussi citer plusieurs départs (deux gynécologues sont partis, il s'agit d'une spécialité sinistrée, seuls 3 praticiens continuent à assurer les astreintes), d'autres arrêts de travail pour épuisement professionnel, et, dans l'ensemble de la communauté médicale et paramédicale, des signes de tension, d'épuisement et une tendance au désinvestissement institutionnel.

Plus généralement, nous constatons un manque de communication entre la direction et les praticiens, et entre les chefs de pôle et les praticiens. Il existe un défaut de transmission d'informations importantes ainsi qu'un manque de concertation pour des décisions impactant l'organisation de nos services. Il existe un manque de respect et de reconnaissance de notre travail par l'administration. Ceci nous semble préjudiciable pour le bon fonctionnement de l'institution et remet en question l'implication des médecins paradoxalement très régulièrement sollicités (EPP, comités de pilotages, préparation de la certification V2014...).

Notre première mission en tant que praticiens hospitaliers, et notre priorité, est le soin aux malades. Nous partageons également vos objectifs de sécurité et qualité des soins et d'activité : un malade bien soigné est un malade hospitalisé au bon endroit avec une DMS adaptée à ses comorbidités. Nous souhaitons travailler en intelligence et concertation avec vous et l'ensemble de la direction et que la communication soit améliorée. Nous souhaitons que nos propositions, nos avis et nos problématiques soient entendues, notamment que les difficultés en terme de personnel soient prises en compte, et que vous manifestiez plus de considération pour les praticiens. Nous sommes les acteurs principaux sur le terrain, nous avons des idées : un hôpital ne tourne pas sans médecins. L'hôpital n'est pas une entreprise comme les autres. Il nous semble essentiel que les acteurs médicaux, paramédicaux, techniques, soient associés aux décisions importantes et non simples exécutants de comité de pilotage de décisions prises en amont.

*Nous vous faisons les propositions suivantes :*

En ce qui concerne les chefs de pôle :

Nous attendons d'un chef de pôle qu'il nous écoute, qu'il nous fédère, et ne défende pas que ses idées. Nous souhaitons que le rôle du chef de pôle et sa mission soient redéfinis et

précisés aux responsables de structures, que des réunions de pôle soient organisées dans chaque pôle. Nous pensons qu'une augmentation du nombre de chefs de pôle permettrait à ceux-ci d'être plus à l'écoute des problématiques de leurs services. Une rencontre mensuelle courte entre les médecins d'un service, les soignants, le chef de pôle et un représentant de la direction pourrait être mise en place.

Nous souhaitons que les membres de la CME soient associés de façon plus importante aux décisions prises. Nous demandons la création d'un bureau de CME élargi, ne comportant pas que les chefs de pôle et la direction, mais aussi des praticiens hospitaliers. Ceci permettra que toutes les décisions ne soient pas prises par les mêmes personnes.

Nous vous remercions par avance de l'attention que vous porterez à ce courrier,

Recevez, Monsieur, l'expression de nos cordiales salutations.

Le collectif des praticiens hospitaliers du CHPO