

Dossier spécial

Paroles de présidents de CME, d'hier à aujourd'hui

Cinq ans après la crise sanitaire, la médecine du XXI^e siècle à l'épreuve du réel

Il y a cinq ans, pratiquement jour pour jour, le monde basculait dans une urgence sanitaire sans précédent. Mars 2020 : les hôpitaux s'embrasaient sous la pression du Covid, les soignants tenaient la ligne de front, et la médecine, dans son essence même, se retrouvait mise à nu. Depuis, le paysage hospitalier a changé. Silencieusement d'abord, puis plus résolument, les lignes ont bougé. Et avec elles, les convictions, les modèles, les pratiques.

Dans ce dossier spécial, nous avons choisi de remonter le fil de cette transformation en redonnant la parole à celles et ceux qui, tout au long de ces cinq dernières années, ont pris le temps de penser cette mutation. Présidents de commissions médicales d'établissement – en CHU, en centres hospitaliers de taille plus modeste, ou dans des structures spécialisées – ils ont partagé avec nous leur vision d'une médecine en devenir. Certains sont toujours en poste, d'autres ont passé le relais, mais tous, à un moment donné, ont tenté de tracer les contours d'une prise en charge plus adaptée aux défis de ce siècle. Ces voix, nous les avons lues dans les colonnes d'*Architecture Hospitalière* et d'*Hospital Partenaire*, à chaud ou avec le recul du temps.

■ Un panorama pluriel, une ambition commune

De cette série de témoignages, un constat émerge : la médecine hospitalière ne peut plus être pensée comme elle l'était hier. Le modèle centré sur l'hospitalisation prolongée s'efface peu à peu devant des logiques plus agiles, ouvertes, décloisonnées. La coordination des soins, l'ambulatoire, la prévention, la personnalisation des parcours, la réinvention du lien ville-hôpital, l'attention portée à la santé mentale ou au vieillissement... Autant de fils rouges qui traversent ces paroles, portés par une conviction partagée : il est temps de repenser en profondeur nos façons de soigner, de s'organiser, de travailler ensemble.

Ce que ces présidents de CME dessinent, chacun à leur manière, c'est une médecine plus humaine, plus sobre, mais aussi plus exigeante dans ses choix structurels. Une médecine qui n'élude pas la technologie, bien au contraire, mais qui refuse d'en faire

une fin en soi. Une médecine attentive à son environnement, à son ancrage territorial, à sa responsabilité sociale. Et surtout, une médecine qui ne renonce pas à sa vocation première : prendre soin.

■ Un moment pour penser l'après – sans faux-semblants

Ce dossier, nous l'avons voulu comme une traversée. Une série de regards lucides, parfois critiques, toujours engagés, sur l'hôpital en mutation. Il ne s'agit pas d'un inventaire ni d'un manifeste, mais d'un état des lieux incarné, sensible, à hauteur d'homme et de femme. C'est une manière de relire ce qui a été dit, pensé, espéré, dans le tumulte ou le silence, depuis la fin de cette crise sanitaire. Alors que les débats sur la réforme du système de santé s'intensifient, que les tensions persistent dans les services, que les métiers se réinventent à marche forcée, il nous a semblé juste – et nécessaire – de faire une pause, de relire ces propos et, peut-être, de s'en inspirer pour écrire ce qui vient.



Le nouveau bâtiment SSR, SMIT et Gériatrie

CHU Nîmes – Printemps 2021

■ Professeur Jean Emmanuel de la Coussaye, président de la CME

Propos publiés dans Architecture Hospitalière N°38



L'hospitalisation telle que nous la connaissons actuellement doit évoluer. Dans le parcours d'un patient, une hospitalisation ne devrait être qu'un épiphénomène parmi tant d'autres et il me semble que ce parcours doit avant tout se dérouler à domicile avec les services d'assistance médicale et paramédicale directement chez le patient. Il est temps de changer les mentalités car il me paraît inutile d'avoir des CHU de 2 000 lits pour de l'hospitalisation complète. Je voudrais comprendre quel est l'intérêt pour un patient de passer une nuit à l'hôpital. Objectivement, un patient est sans doute mieux chez lui, surveillé par un proche ou par des technologies de télésurveillance, que dans un lit d'hôpital surveillé par une infirmière qui doit également parfois s'occuper de trente autres lits. Ma vision de l'hôpital de demain, est celle d'un hôpital plus ramassé et plus dense avec une hospitalisation complète qui comprend les soins critiques au sens large et beaucoup de surveillance continue. Actuellement, tous les malades ne bénéficient pas de la surveillance adaptée à leur pathologie et ils se retrouvent parfois dans des services traditionnels avec une surveillance nocturne moins efficace. C'est en particulier la nuit que les problèmes se font le plus ressentir.

Pour moi, l'hôpital de demain devra proposer moins de lits, de l'hospitalisation de semaine, de l'hospitalisation de jour et des «*hôtels hospitaliers*» pour assurer des soins lorsqu'un patient ne peut pas rentrer à son domicile. Pour l'instant, l'absence d'organisation pré-hospitalière et post-hospitalière ne permet pas à ce type de fonctionnement de voir le jour en France. Il est également urgent de réellement prendre en compte la filière gériatrique. Depuis dix ans, je milite pour la création d'un SMUG, service mobile d'urgence gériatrique, qui puisse aller dans les EHPAD et ainsi soulager les aides-soignantes souvent démunies. Concernant la post-hospitalisation, outre des zones sociales dans les services d'urgence pour surveiller et orienter correctement les malades, nous avons besoin de structures de SSR efficaces et suffisamment fonctionnelles. Aujourd'hui les filières sont bouchées car les patients ne sont pas toujours orientés au bon endroit. Un hôpital comme le nôtre d'un millier de lits, pourrait tout à fait être plus efficient avec moitié moins de lits et des effectifs mieux répartis. Cependant, pour y parvenir, nous devons pouvoir compter sur un système pré-hospitalisation et post-hospitalisation réfléchi et de qualité. ■



Esplanade - CCI - ©Brunet Saunier Architecture

CHU de Rennes – Printemps 2022

■ **Professeur Jean-Yves Gauvrit, président de CME du CHU de Rennes**

Propos publiés dans Architecture Hospitalière N°42



La prise en charge isolée de la pathologie d'un patient n'existe plus. Aujourd'hui, la prise en charge se fait en équipe et avec la notion de graduation des soins. Cette équipe ne fait d'ailleurs pas obligatoirement partie d'un même établissement et peut évoluer à distance, mais nous devons être animés, quoi qu'il arrive, par cette idée de réunion des compétences et par une envie partagée de travailler ensemble. Ce collectif est le gage de l'amélioration de la prise en charge des patients. Bien entendu, cela ne signifie pas que le patient ne dispose plus d'un référent et se retrouve perdu au milieu des intervenants car il aura toujours besoin d'un lien de confiance avec un des membres de cette équipe. Pour une prise en charge efficace, les compétences doivent être autour du patient et le maître-mot doit être « l'équipe » ! ■





Centre Hospitalier de Maubeuge Printemps 2022

■ Dr Magloire Gnansounou, président de CME

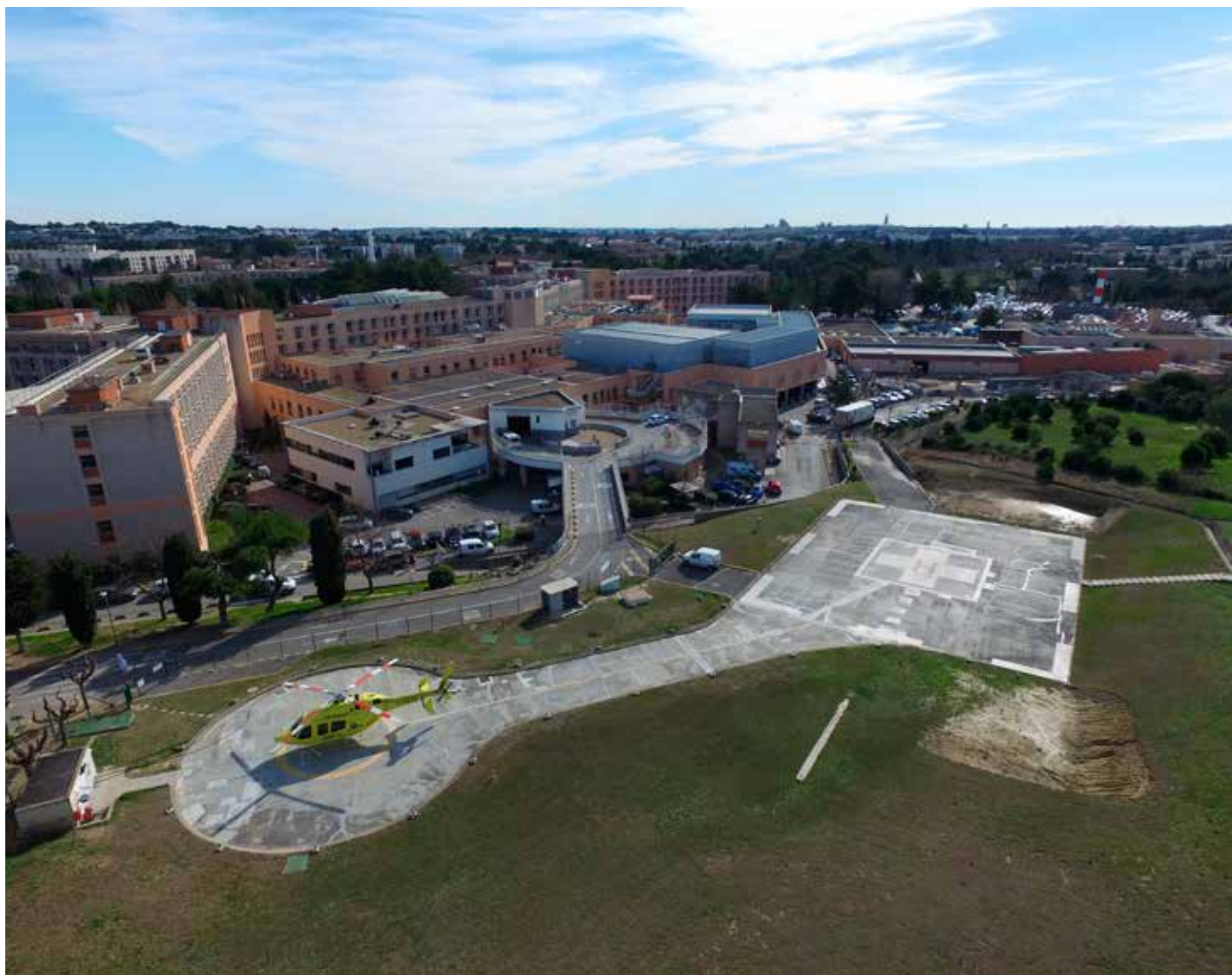
Propos publiés dans Architecture Hospitalière N°42



Je ne suivrai pas ce courant majoritaire qui consiste à penser que la médecine du ^{xxi}^e siècle sera une médecine où le robot remplace le médecin. Un malade doit pouvoir rencontrer physiquement un médecin. Penser que nous pouvons utiliser la télémédecine à tout va est un leurre dont nous allons revenir à grands pas. La médecine du ^{xxi}^e siècle devra s'occuper de patients de plus en plus avertis, responsables et quelque part, acteurs de leur prise en charge. Les médecins devront intégrer cette expertise du patient qui développera des

demandes différentes de celles que nous connaissons aujourd'hui.

L'innovation technologique sera incontournable, notamment autour du bien-être des personnes et, en particulier, pour les plus âgées. La technologie nourrira la médecine et aidera le praticien mais quoi qu'il arrive ce dernier restera au centre du dispositif de prise en charge. Enfin, la prévention devra prendre le pas sur ce que nous faisons car nous n'aurons pas éternellement les moyens de nous payer cette médecine hospitalo-centrée que nous connaissons aujourd'hui. ■



CHU de Montpellier – Printemps 2022

■ **Professeur Patrice Taourel, Président de la CME**

Propos publiés dans Architecture Hospitalière N°42



Je pense que l'avenir de l'activité programmée et technique se fera avec des patients hors-les-murs. Le développement de l'ambulatoire va dans ce sens. En parallèle, nous devons nous adapter à la paupérisation de la population qui ne va cesser de s'accroître et en particulier à Montpellier qui fait malheureusement partie des 3 CHU accueillant les populations les plus précaires de France. Il faut donc être prudent dans cette stratégie qui consiste à tout mettre en oeuvre pour garder le moins possible les patients car certains d'entre eux

sont encore mieux à l'hôpital que chez eux. Nous allons sans doute continuer à hospitaliser même lorsque des soins très techniques ne sont pas nécessaires. Malgré le fait que nous soyons un CHU, nous devons continuer de tenir notre rôle d'hôpital de proximité. Peu importe la taille de l'agglomération et la taille de l'établissement, l'hôpital public de la ville doit assurer sa fonction de proximité. C'est encore plus vrai sur les activités de médecine. Le défi sera de trouver le bon équilibre entre l'hypertechnicité, l'ambulatoire, la programmation et ce besoin de proximité au plus près d'une population précaire. ■



Centre Hospitalier de Montauban Été 2022

■ Docteur Jérôme Roustan, président de la CME

Propos publiés dans Hospital Partenaire N°53



La médecine du ^{xxi}e siècle devra être organisée et structurée pour permettre la mise en place d'hospitalisations en ambulatoire. Les modes d'exercices devront être différents pour pouvoir prendre en charge tous les patients et je souhaite donc rediscuter de l'implication et du rôle de nos intervenants car les équipes médicales ont des conditions d'exercice difficiles qui doivent être partagées par tous. En outre, nous risquons à l'avenir de connaître une grande diminution de la

ressource médicale qui complexifiera l'activité non programmée en médecine libérale. Elle est déjà en cours, et fait peser les interventions médicales sur les urgences, qui sont en tension partout en France. Afin que chaque concitoyen puisse bénéficier de soins, dans une dynamique actuelle d'augmentation régulière des soins et de leur coût, la médecine devra impérativement développer beaucoup plus l'activité de prévention, s'organiser et se structurer autour de parcours ambulatoires, mais aussi retrouver des capacités d'hospitalisation conventionnelle qui restent pour beaucoup encore indispensable. ■



Groupement des Hôpitaux de l'Institut Catholique de Lille – Automne 2022

■ Professeur Jacques Chevalier, chirurgien vasculaire et président de la CME

Propos publiés dans Architecture Hospitalière N°44



La médecine du ^{xxi}e siècle doit allier technicité et éthique, en tenant compte des souhaits des patients qui peuvent choisir de refuser nos soins. Ces derniers doivent à présent devenir acteurs de leurs prises en charge, et nous rencontrons à cet égard des associations de patients afin de prendre en compte leurs besoins réels et immédiats. Une attention particulière doit également être apportée aux relations avec les équipes soignantes afin de faire évoluer les aspects médicaux et environnementaux de l'hôpital. ■





Hôpitaux Nord-Ouest – Hiver 2022/2023

■ Docteur Max Haine, président de la CME des Hôpitaux Nord-Ouest

Propos publiés dans Architecture Hospitalière N°45



Le défi du ^{xxi}e siècle est de faire face au vieillissement de la population. Il ne s'agira alors pas de gérer seulement la dépendance des personnes âgées, mais également de leur permettre de vieillir en bonne santé. Ce complexe enjeu devra s'inscrire dans la mise en place de politiques de prévention, semblables à celles relatives au cancer ou au diabète. Il nous faudra aussi alléger les prises en charge et proposer des parcours bénéfiques et adaptés aux patients. Nous devons donc modifier notre modèle de financement des hôpitaux car le modèle existant de tarification à l'activité n'est pas toujours bénéfique pour les parcours transversaux en lien avec la ville. La médecine du ^{xxi}e siècle est une médecine de parcours, car la prise en charge du patient ne se limite pas à l'entrée ou à la sortie de l'hôpital,

mais doit correspondre à une coopération avec l'ensemble des professionnels de la ville et de l'hôpital. Le financement de la santé de demain devra être réparti de façon homogène pour un accès à la santé sur tout le territoire, et permettre une cohérence entre l'hôpital et la ville, afin que les patients soient pris en charge de manière continue et qu'ils bénéficient d'un accompagnement tout au long de leurs vies.

Enfin, l'innovation technologique permettra à la télé-médecine de continuer à s'implanter, à travers des consultations en ligne et des opérations chirurgicales effectuées à distance à l'aide de robots chirurgicaux. La télé-médecine favorise déjà le confort des médecins et des patients, qui ne sont plus obligés de se déplacer pour tous leurs rendez-vous. ■



Parvis HCN

CHU de Rouen - Printemps 2023

Professeur Pierre Michel, président de CME CHU Rouen

Propos publiés dans Architecture Hospitalière N°46



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 (génétiq ue, 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. ■



Centre Hospitalier d'Abbeville Automne 2023

■ Docteur Michel Kfoury, Président de la CME

Propos publiés dans Architecture Hospitalière N°47 - 48



Nous devons orienter notre approche vers la médecine spécialisée car il est essentiel que l'hôpital demeure un centre d'expertise médicale. Le système de santé ne peut donc pas se limiter aux CHU et aux hôpitaux de proximité, mais il doit également intégrer la médecine libérale. Les services de permanence des soins et les soins non-programmés, tant qu'ils ne sont pas organisés dans le cadre de la médecine libérale, nécessitent l'existence de services hospitaliers de proximité. Nous devrions également limiter les fermetures de lits afin d'être aptes à

accueillir la population vieillissante, qui se trouve de plus en plus dépendante. Auparavant, les personnes âgées séjournaient plus d'une dizaine d'années au sein d'EHPAD mais cette durée est aujourd'hui réduite à 3 ou 4 ans. Cette population est ainsi rapidement orientée vers les hôpitaux car leur état de santé nécessite des soins intensifs. Nous devons donc réexaminer toutes les activités liées à ces soins, qui ne doivent pas être exclusivement gérés dans nos hôpitaux. Il est ensuite nécessaire de développer les services ambulatoires au sein des hôpitaux de jour. ■



CHU de Reims - Printemps 2024

■ Professeur Carl Arndt, président de la CME

Propos publiés dans Architecture Hospitalière N°50 - 51



La médecine du ^{xxi}^e siècle, tout comme celle des siècles précédents, repose avant tout sur les relations humaines. C'est une valeur universelle, un aspect fondamental et intemporel que nous ne pouvons pas remplacer par la technologie.

En parallèle, nous observons une multiplication infinie des capacités techniques et d'investigation, notamment dans certaines spécialités où de nouvelles techniques semblent émerger chaque jour. Dans cette médecine moderne, un élément clé sera la prise en charge des maladies orphelines et des défauts génétiques, avec un accès particulier sur la médecine préventive et fonctionnelle. L'objectif doit être de traiter les personnes avant même qu'elles ne deviennent malades, en intervenant dès l'apparition de légers troubles. En outre, la microchirurgie est la voie de l'avenir. ■





Centre Hospitalier de Bélair – Été 2024

■ Dr Hikmat Hachem, Président de la CME

Propos publiés dans Hospital Partenaire N°57 - 58



La médecine psychiatrique se caractérise par une évolution significative, notamment avec l'adoption de nouvelles pratiques telles que la téléconsultation par visioconférence et le renforcement des équipes mobiles. Ces avancées ont été particulièrement marquées durant la période du Covid. Beaucoup de personnes n'osent pas se rendre en hôpital psychiatrique à cause des préjugés encore persistants. Il faut continuer d'aller vers ce type de consultation pour assurer la prise en charge d'un plus grand nombre de personnes dans le besoin de se faire soigner. La collaboration avec les maisons d'arrêt est également importante pour développer ces activités. Il est également nécessaire de favoriser l'augmentation du nombre de médecins, pour permettre d'étendre les services intra et extra-hospitaliers, ainsi que promouvoir la recherche médicale et la formation du personnel soignant. C'est essentiel pour élever le niveau de recherche et favoriser les collaborations avec les CHU. ■





CHU Toulouse – Hiver 2024/2025

■ Pr Fati Nourhashemi, présidente de CME

Propos publiés dans Architecture Hospitalière N°53



Selon moi, la médecine du ^{xxi}e siècle doit se distinguer par une transition essentielle du curatif vers la prévention. Jusqu'à présent, notre système de santé est basé sur l'attente de l'apparition de la maladie pour la traiter, mais cette approche doit

évoluer pour des raisons économiques et démographiques. Avec le vieillissement de la population, nous faisons face à des patients âgés souffrant de multiples pathologies chroniques, ce qui nécessite une adaptation. Ma priorité est d'intégrer la prévention. Ensuite, il est nécessaire de personnaliser les soins en raison de la complexité des cas cliniques actuels. La médecine personnalisée remplace les prises en charge standardisées et favorise une approche plus ciblée. L'objectif principal doit être de maintenir la fonctionnalité des patients. Il ne s'agit pas seulement de normaliser des paramètres biologiques, mais de préserver l'autonomie et la qualité de vie. En résumé, la médecine du futur doit être préventive, fonctionnelle et personnalisée. ■





©Architecturestudio

Hospices Civils de Beaune Hiver 2024/2025

■ Dr Magali Vernet, présidente de CME

Propos publiés dans Architecture Hospitalière N°53



La médecine du ^{xxi}^e siècle est marquée par une explosion des outils numériques, même si certains, comme le dossier médical partagé, ne sont pas encore totalement au point. Lorsqu'ils le seront, cela apportera une véritable aide à la prise en charge des patients. Le numérique change également la manière dont nous suivons les patients, avec le développement de la télésurveillance, qui permet de limiter les déplacements des patients et de se concentrer sur des motifs médicaux plus spécifiques. Cependant, pour que cela fonctionne, il faut aussi des lits d'accueil suffisants, notamment dans les EHPAD, ce qui est encore une limite dans notre système actuel. Notre territoire est très rural et vieillissant, ce qui complique encore les choses.

Beaucoup de personnes âgées préfèrent rester à proximité de leur domicile plutôt que de se déplacer vers des centres de soins plus éloignés. Cela pose la question de l'emplacement des EHPAD et de leur taille. Je pense que le modèle économique actuel, avec des EHPAD de 80 lits, n'est pas idéal. Nous devrions plutôt avoir des structures plus petites et plus proches des habitants pour répondre aux besoins de la population sans désertifier les campagnes. À mon avis, il faudrait revoir le modèle économique des EHPAD pour favoriser des structures plus petites et mieux réparties sur le territoire. Cela permettrait de maintenir une présence locale tout en offrant des soins de qualité. Cependant, cette question est avant tout économique et nécessite une réflexion au niveau national pour trouver des solutions adaptées. ■