

Dr Quéré Olivier

Centre Hospitalier de Guingamp

Année universitaire 2023/2024



Mémoire pour l'obtention du Diplôme d'établissement
PCME+/PCMG+

La Mission Rossetti : Chronique d'une restructuration imposée à l'hôpital de Guingamp

Sommaire

Sigles utilisés.....	2
Introduction.....	3
Partie 1 : Chronique des aléas de la Maternité et de l'élaboration du PMSP 2023	
1.1- La Maternité.....	3
1.2- Un nouvel hôpital ? 2021, la Mission Rossetti.....	5
1.3- Quand tout est décidé avant de se concerter.....	6
1.4- 2022 la mobilisation se poursuit, sortie du rapport Rossetti.....	8
1.5- Eté 2022 : le rapport Rossetti rendu public, l'ARS annonce se donner encore un an pour trancher.....	9
1.6- Avril 2023 : suspension de la maternité.....	10
1.7- Vote du PMSP.....	11
1.8- 2024 : Et la suite ? Des médecins Cubains à Guingamp ?.....	13
Partie 2 : analyse et enseignements	
2.1 Critique de la méthode.....	16
2.2 Réflexions sur l'exercice de la fonction de PCME – VPCME.....	17

Sigles utilisés

CME : Commission Médicale d'Etablissement

PCME : Président de la Commission Médicale d'Etablissement

VPCME : Vice-Président de la Commission Médicale d'Etablissement

CMG : Commission Médicale de Groupement

PCMG : Président de la Commission Médicale de Groupement

PDS : Permanence Des Soins

SMR : Soins Médicaux et de Réadaptation

Costrat : Comité Stratégique

ARS : Agence Régionale de Santé

GHT : Groupement Hospitalier territorial

PMSP : Projet Médico-Soignant Partagé

CH : Centre Hospitalier

DGS : Direction Générale des Soins

PH : Praticien Hospitalier

CPTS : communautés professionnelles territoriales de santé

CLS : Contrat Local de Santé

HAD : Hospitalisation à Domicile

Devenir Président de CME de l'hôpital de Guingamp c'est s'inscrire dans une histoire de lutte, d'incertitudes, de relations plus ou moins conflictuelles avec le Groupement Hospitalier Territorial, l'ARS, mais aussi les syndicats, certains groupes de la communauté médicale etc... Un continuum où le sentiment qui domine est celui de la perte, de la fragilité. Et donc la nécessité d'un combat pour conserver et solidifier notre offre de soins.

L'hôpital de Guingamp, au sein du GHT d'Armor, est depuis plusieurs années soumis à des contraintes externes visant à une restructuration de son activité. Je présente ici les différentes étapes qui ont amené à une suspension d'activité de la maternité et à la menace de l'arrêt de l'activité de chirurgie complète. Il ne s'agit pas d'une simple chronologie mais d'un récit personnel et subjectif, un parcours qui amène et formate un futur Président de CME.

Partie 1 : Chronique des aléas de la Maternité et de l'élaboration du PMSP 2023

L'élaboration du dernier PMSP du GHT d'Armor a conduit à deux orientations concernant la maternité et la chirurgie qui ont un grand impact sur le devenir de l'hôpital de Guingamp. Mais commençons par le début, le sujet qui ressort inévitablement dès que l'on évoque l'hôpital de Guingamp: la maternité...

1.1- La Maternité

Depuis plusieurs décennies la maternité de Guingamp défraye régulièrement la chronique. Sujet de lutte et de crispations, enjeu local et national qui dépasse la seule problématique de santé publique.

Dès 1995, et pour la première fois depuis la création de l'hôpital, une potentielle fermeture des maternités du territoire, à l'hôpital et dans les cliniques privées, est évoquée en raison d'un nombre de naissances trop faible par établissement.

Un mariage public-privé est alors envisagé et en septembre 1999 les maternités privée et publique de Guingamp fusionnent. Le nombre d'accouchements augmente quasi immédiatement : de 300 accouchements par établissement avant la fusion, la maternité publique-privée passe à 684 accouchements en 2000, 634 en 2001, 709 en 2002 et 753 en 2003. Mais la maternité et le service de chirurgie peinent à recruter des médecins. En juillet 2001, la polyclinique Armor Argoat de Guingamp déménage à côté de l'hôpital, consolidant les activités de chirurgie et la maternité. En 2007 la maternité atteint un record avec 793 naissances, et en 2008 l'hôpital de Guingamp rachète la Polyclinique.

Début 2016 l'Hôpital Privé et sa maternité (je reprends sa propre dénomination, on ne parle plus de clinique...), ouvre ses portes à Plérin, situé à l'ouest de Saint Brieuc, à 25 minutes en voiture de l'hôpital de Guingamp.

En mai 2018 dans un message adressé au directeur de l'hôpital, l'ARS annonce la fermeture définitive de la maternité de Guingamp le 31 janvier 2019. Le territoire est alors confronté à une baisse significative des naissances, et la maternité de l'hôpital de Guingamp à une fuite des parturientes vers la nouvelle clinique de Plérin. Le nombre moyen de naissance est alors d'environ 500 naissances par an. Le personnel soignants et les habitants se mobilisent lors de plusieurs manifestations qui rassemblent plusieurs milliers de personnes. Ils sont soutenus notamment par Jean-Marie Bigard qui médiatise cette mobilisation au niveau national.

Juin 2018 la coupe du monde de football en Russie débute. Lors de la demi-finale du Mondial à Moscou entre la France et Belgique, Noël Le Graët (ancien maire de Guingamp et président de la Fédération Française de Football) et Emmanuel Macron échangent sur le sujet. Le problème est réglé en quelques minutes, la maternité a un sursis de deux ans, jusqu'en juillet 2020. C'est bien sûr un soulagement pour les équipes du service et la population. Pour les instances gouvernantes du GHT qui travaillent depuis plusieurs mois sur cette option c'est un sujet d'agacement, et de railleries.

Le maintien des naissances ainsi que l'arrivée d'une pédiatre conduisent finalement l'ARS à renouveler l'agrément de la maternité de Guingamp à partir du 1er août 2020, pour une durée de cinq ans. Mais l'épée de Damoclès est dans toutes les têtes, et le nombre de 500 naissances annuelles minimum devient un objectif principal.

1.2- Un nouvel hôpital ? 2021, la Mission Rossetti

Alors que la pression sur la maternité est retombée et que l'hôpital est géré dans son paradigme Covid depuis plusieurs mois, le bruit de la construction d'un nouvel hôpital bruisse dans les couloirs... Les accords du Ségur de la santé ont été signés le 13 juillet 2020 et l'hôpital de Guingamp devrait profiter d'une enveloppe conséquente.

En mars 2021, l'ARS commande une mission visant à "proposer une évolution du Projet médico-soignant partagé du GHT d'Armor et de ses projets immobilier". La mission est lancée en mai 2021, confiée à Bruno Rossetti, Vice-Président du Conseil scientifique auprès du Conseil National d'Investissement en Santé. Il s'agit alors « d'analyser l'offre de soins dans les établissements au regard du recours de la population mais aussi des tensions sur les ressources médico-soignantes, ainsi que l'analyse de l'attractivité et du patrimoine des différents sites ».

La grande majorité de la communauté médicale, moi compris, n'est pas au courant de l'existence de cette mission. Je suis alors simple Praticien Hospitalier sans responsabilité au niveau de la gouvernance. Mais à la fin de l'été nous recevons une invitation pour une réunion entre les médecins de Guingamp et Mr Rossetti qui doit se dérouler quelques jours plus tard le 07 septembre.

Il nous est alors expliqué que Mr Rossetti est là pour découvrir et appréhender les réalités locales en allant sur le terrain à la rencontre des acteurs. Il s'agit de construire un nouvel hôpital pour Guingamp dont il faut définir le périmètre. Mr Rossetti nous affirme que rien n'est écrit, hormis que l'on reste dans le cadre des coopérations GHT existantes (ce qui exclue donc le CH de Morlaix) et que les centres hospitaliers de Guingamp et Lannion ne fusionneront pas afin de donner un site unique. Quand je le questionne sur la méthodologie sa réponse est très floue...

1.3- Quand tout est décidé avant de se concerter

Seulement trois jours plus tard, le 10 septembre, il est annoncé au Comité Stratégique du GHT la fermeture de la maternité de Guingamp et l'arrêt de la permanence des soins, scénario privilégié par la mission Rossetti. Pour nous c'est le coup de Jarnac. A titre personnel je suis totalement outré par la méthode et le mépris pour l'équipe médicale d'un petit hôpital périphérique. Pourquoi nous

avoir trompé trois jours auparavant ? Je suis également préoccupé par l'impact qu'aurait une telle décision sur tout l'établissement, notamment l'abandon de la permanence des soins en chirurgie.

C'est avec un sentiment de colère que je décide d'écrire une lettre ouverte à la gouvernance du GHT, lettre que je sou mets à tous mes collègues de l'hôpital pour qu'ils la signent. Il faut trouver le ton juste et chaque mot est soupesé. Je tiens à ce que tout le monde la signe, sans exception. Or la vision des choses est différentes entre les chirurgiens, obstétriciens, anesthésistes et certains médecins, minoritaires, qui ne veulent plus se battre pour la maternité et pour qui l'absence de permanence des soins en chirurgie n'est pas forcément une catastrophe.

La lettre est signée par tout le monde et envoyée le 18 septembre:

Nous, praticiens hospitaliers du centre hospitalier de Guingamp, refusons de valider et d'acter, sans discussions préalables, les décisions de fermer la maternité et la permanence des soins chirurgicaux sur le site de Guingamp, telles qu'elles ont été exposées lors de la réunion du dix septembre qui réunissait les directeurs des centres hospitaliers de St Brieuc, Lannion et Guingamp.

Nous sommes stupéfaits et désapprouvons la manière par laquelle s'est exercé ce processus décisionnel. Nous avons été réunis à Guingamp le sept septembre pour que l'on nous expose la feuille de route de la mission de réorganisation de l'offre hospitalière sur les sites de Guingamp et Lannion. Il nous a été clairement dit que tous les scénarios, hormis un nouvel hôpital construit à mi-chemin(Bégard) et un rapprochement Lannion-Morlaix, étaient envisageables et à construire. Nous devons être sollicité rapidement pour travailler de façon collégial à un projet cohérent tenant compte en particuliers des données de santé publique du territoire, et de la démographie médicale.

Notre communauté médicale dans son ensemble est soucieuse d'être en mesure de prendre en charge de façon optimale la population dont elle a la charge, et cela nous le savons, est sous-tendu par des évolutions et une modernisation du projet médico-chirurgical. Nous exigeons de participer activement à l'élaboration du projet du centre hospitalier de Guingamp, et du territoire dans sa globalité puisque nous sommes interdépendants.

Le calendrier est très serré pour moi puisque le 19 septembre je pars en mission en Nouvelle Calédonie pour appuyer les équipes locales qui font face à leur

première épidémie de Covid, mission organisée par le Centre de Crise Sanitaire de la DGS. Pendant presque quatre semaines je suis donc connecté avec mon hôpital par internet, de façon intermittente, avec dix heures de décalage horaires. Je suis loin, occupé par ma mission de soignant, et en même temps proche de mes collègues qui échangent beaucoup. La messagerie professionnelle est devenue une véritable agora.

Il y a une certaine lassitude chez plusieurs praticiens envers la menace répétée de fermeture de la maternité. Les discussions autour de la pertinence de cette fermeture, la mobilisation qu'elle engendre semble prendre toute la place, et d'autres pôles comme le SMR se sentent lésés, ils ont l'impression que leurs projets passent au second plan. La fermeture de la chirurgie conventionnelle avec son potentiel corollaire l'arrêt de la permanence des soins des anesthésistes, est quant à elle source d'inquiétude et rencontre une opposition chez la plupart des médecins.

Dehors la lutte pour le maintien d'un hôpital de plein exercice, avec une permanence des soins, donc une chirurgie conventionnelle et une maternité, s'organise. Deux manifestations d'importance sont organisées à Guingamp, en octobre et en décembre 2021, réunissant respectivement 600 et 1000 personnes. La direction du GHT communique sur le maintien d'un plateau technique de chirurgie à Guingamp, mais pour les syndicats et une grande partie du personnel hospitalier le sujet clé est la permanence des soins.

Dans la suite des recommandations Rossetti, des groupes de travail sont organisés au niveau du GHT pour élaborer des parcours de soins dans le cadre de ces recommandations. Trois groupes supervisés par un COPIL sont créés : Chirurgie Orthopédique, Chirurgie Digestive, et Gynécologie-Obstétrique. Il s'agit d'analyser la faisabilité et de préparer aux éventuelles restructurations si celles-ci étaient décidées et votées à l'avenir.

Elections de la CME du Centre Hospitalier de Guingamp le 16 décembre 2021 : je suis élu VPCME et nommé chef du pôle médecine. Avant cette élection la nouvelle PCME a fait savoir qu'elle partirait à la retraite environ deux plus tard, et que l'on se présentait donc en duo. Quelques jours après, le PCMG qui est PH à Saint Briec, me demande d'être son VPCMG.

Ma prise de fonction est donc totalement focalisée sur ce séisme qui ébranle l'hôpital.

1.4- 2022 la mobilisation se poursuit, sortie du rapport Rossetti.

Début janvier la maternité annonce que 501 enfants sont nés à Guingamp en 2021. Le chiffre est symbolique car l'ARS avait fixé un nombre de naissance minimal de 500 enfants par an pour justifier de poursuite de l'activité.

Mi-janvier le directeur, la PCME et moi-même en tant que VPCME, sommes invités à une réunion en présence de la directrice du GHT Mme Besnard et du PCMG, avec Mr Rossetti en visio-conférence. Cette réunion se tient à l'hôpital de Guingamp. La réunion n'a pas encore démarré que le son des binious et des bombardes résonne dehors et se rapproche. La réunion commence, mais le son devient de plus en plus assourdissant et la communication devient impossible quand les manifestants investissent le vieux bâtiment administratif, dansent sur le plancher du couloir qui mène à la salle de réunion et se mettent à frapper en rythme soutenu sur la vieille porte en bois qui nous sépare d'eux et dont on a l'impression qu'elle va littéralement exploser. Pas d'explosion mais une entrée fracassante en musique : nous sommes entourés de plusieurs dizaines de manifestants de SUD et de la CGT accompagné par des musiciens qui jouent une quinzaine de minutes. Tout le monde autour de la table est médusé. Mr Rossetti est sur un écran, ailleurs, dans une autre galaxie... Je ne me sens pas du tout à l'aise dans ma nouvelle position de VPCME : je suis cette fois assimilé aux décideurs qui « sabotent l'hôpital public », pour la première fois je suis « de l'autre côté » alors même que je connais bien quelques manifestants syndicalistes, et les musiciens présents...

En février, un collectif citoyen, le « Comité de défense de l'hôpital public et de l'offre de soin du pays de Guingamp », se structure en association. En mars et en juillet 2022 deux nouveaux rassemblements sont organisés, avec plus de 1000 participants.

Début avril en tant que VPCMG je suis invité avec la DG du GHT et le PCMG à rencontrer tous les maires de la Communauté de communes. On se retrouve dans une salle polyvalente devant environ cinquante maires à expliquer le sens de cette restructuration annoncée. Le ton est poli et respectueux mais les paradigmes sont différents : à une démographie médicale catastrophique à laquelle nous devons absolument nous adapter répond une demande de conserver coûte que coûte l'offre de maternité et chirurgie de proximité.

Une semaine plus tard je m'envole pour Katmandou, cinq mois de disponibilité sur les sentiers proches du Tibet, puis en Europe jusqu'en Cappadoce. Ce grand voyage était programmé depuis plusieurs années. Mais entre la énième vague Covid et la pression du rapport Rossetti je suis content de prendre le large, une vrai bouffée d'oxygène...

1.5- Été 2022 : le rapport Rossetti est rendu public, l'ARS annonce se donner encore un an pour trancher

En juillet 2022 Le rapport Rossetti est rendu public au terme d'un an d'enquête, l'expert préconise la fermeture des pôles maternité et chirurgie à Guingamp dans une perspective de spécialisation des hôpitaux du GHT. La chirurgie conventionnelle et la maternité seraient ainsi regroupés sur les sites de Saint-Brieuc et de Lannion, tandis que le site de Guingamp assurerait le suivi des femmes enceintes et développerait la chirurgie en ambulatoire. Les réactions d'opposition aux projet ne se font pas attendre, Noël Le Graët assure de son côté avoir à nouveau le soutien du président de la République contre la fermeture de la maternité.

Début août, l'ARS livre ses premières conclusions. Aucune surprise pour Saint-Brieuc et Lannion, mais pour Guingamp, elle annonce se donner plus de temps et ne reprend pas, à ce stade, les préconisations du rapport : fermeture de la maternité et de la chirurgie, construction d'un nouvel hôpital. Dans un communiqué, elle dit " prendre acte des différentes expertises menées " mais souhaite " poursuivre le dialogue et la concertation ". Des travaux complémentaires devront aboutir à l'été 2023. Un sursis d'un an qui ne satisfait personne, promoteur ou opposant au scénario Rossetti.

Même si l'ARS est réservée sur le fait que la proposition de fermeture de la maternité et de la permanence des soins en chirurgie n'a pas obtenu de consensus au niveau local, notamment les politiques, le Costrat estime que les travaux effectués sur la Chirurgie et la Maternité dans le cadre du scénario Rossetti correspondent en quelque sorte à la feuille de route de l'ARS et qu'ils doivent être donc être constitutif du PMSP à venir. Les parties Chirurgie et Maternité du PMSP étant rédigé il reste la suite, Médecine et SMR. On me demande de piloter la partie Médecine, ce qui m'occupera tout le premier semestre 2023

D'août à novembre 2022 c'est ma PCME qui prend le large pour quelques mois de disponibilité. Je préside la CME du mois d'octobre et le bureau de CME me charge de faire un rapport didactique sur le rapport Rossetti. La CME est pleine et le débat animé. Si le maintien ou non de la maternité se discute, en revanche l'arrêt de la permanence des soins de la chirurgie m'apparaît comme une évidente erreur. C'est une véritable menace pour l'hôpital, un risque pour les patients notamment en traumatologie puisque les délais d'opération risquent de s'allonger, par exemple pour les fractures du col fémoral. Menace pour l'hôpital tout entier puisque s'il n'y a pas d'anesthésiste la nuit il n'y a plus d'unité de soins continus qui acceptent régulièrement des patients de médecine qui ne seraient pas acceptés en réanimation sur St Brieuc. C'est donc également fragiliser la Médecine et le service des Urgences.

Alors faut-il s'opposer aux conclusions du rapport Rossetti ? D'autres rétorquent que s'y opposer c'est voir le « train du Ségur » nous passer sous le nez, autrement dit ne pas voir la couleur des millions d'euros promis pour la construction d'un nouvel hôpital.

De notre côté ma PCME et moi avons du mal à accepter que les conclusions du rapport Rossetti concernant la fin de la chirurgie conventionnelle sur Guingamp soient inscrites dans le PMSP alors même qu'aucune coopération chirurgicale entre établissement n'ait été initiée, avec une absence totale de projet de développement de la chirurgie ambulatoire. Nous organisons une visio-conférence avec le PCMG et le Pilote du groupe Chirurgie du PMSP, chirurgien à St Brieuc : alors que nous demandons des perspectives concrètes de venue de praticiens pratiquant la chirurgie ambulatoire (ophtalmologues, orthopédistes...) aucune proposition ne nous est faite, en creux on nous dit que cela dépend de la volonté et la motivation des praticiens de St Brieuc. Et manifestement ça n'intéresse pas grand monde.

1.6- Avril 2023 : suspension de la maternité

Durant tous ces mois, années, où l'on parle de fermeture à court terme de la maternité, celle-ci s'est maintenu grâce notamment à sa chef de service. Celle-ci arrête la chefferie fin 2023, et par ailleurs l'équipe est fragilisée par un départ

d'obstétriciens et fonctionne difficilement grâce à de l'intérim. Le recrutement de sage-femme est également difficile, et depuis plusieurs mois il est très compliqué de boucler le planning mensuel du bloc obstétrical.

Début 2023 la CME demande donc à l'ARS de suspendre l'activité de la Maternité. Et alors surprise : alors même que l'ARS poussait à la fermeture de la maternité depuis des années, nous avons l'injonction de la garder ouverte coûte que coûte... La nouvelle Directrice Générale de l'ARS Bretagne Elise Noguera a pris ses fonctions quelques semaines auparavant, et un arrêt de la Maternité maintenant ne rentre manifestement pas dans la stratégie, est trop sensible sur un plan politique.

Mais il n'y a pas de miracle, et malgré la demande de renfort de la réserve sanitaire la suspension de la maternité est actée au mois d'avril 2023, jusque fin juin, puis fin septembre.

1.7- Vote du PMSP

Le 4 juillet se tient le Costrat avec un unique ordre du jour : le vote sur les orientations du PMSP. Alors que tout le monde est détendu et considère le vote à l'unanimité comme acquis ma PCME et moi lançons un pavé dans la mare en votant contre : nous ne sommes pas d'accord avec le projet Chirurgical. On nous reproche de façon véhémement que nous y opposer maintenant est trop tard, et déloyal. Nous argumentons de façon posée et rationnelle. Mais c'est une position inconfortable puisque je suis le VPCMG, et de plus le pilote de la partie Médecine du PMSP. Or le vote englobe tout le PMSP. Je vote donc contre mon propre projet...

Après ce vote, j'échange les jours suivant avec le PCMG. Il est d'accord sur la nécessité d'une porte de sortie pour tout le monde. Il nous propose plus tard un ajout au texte initial concernant le projet chirurgical :

« Si la cible a bien été définie dans le cadre de ces travaux, ni le calendrier ni les modalités de mise en œuvre n'ont été arrêtées. Ceci nécessite des rencontres complémentaires entre les différentes équipes concernées et parfois un renforcement des équipes.

Il conviendra dans ce cadre de réfléchir à l'opportunité d'une organisation intermédiaire avec chirurgie programmée ou semi-urgente (non exclusivement ambulatoire) sur Guingamp associée à la création d'une unité médico-chirurgicale »

La chirurgie ambulatoire devient donc une cible à travailler et non un objectif à réaliser dans les cinq ans. Et le maintien de la chirurgie conventionnelle n'est plus exclue. C'est pour moi et ma PCME le fruit d'un compromis acceptable.

Le 28 septembre 2023, la CME de Guingamp doit se prononcer sur le PMSP. J'ai battu le rappel pour que tous les chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens soient présents. Je n'ai jamais vu autant de monde à une CME depuis que je suis dans l'établissement (un peu plus de huit ans), et c'est une petite victoire. J'informe les praticiens présents des évolutions récentes, de notre premier vote négatif au Costrat du 4 juillet, de nos négociations pour l'ajout susmentionné et donc notre avis favorable.

Les obstétriciens prennent en premier la parole et expriment un aveu d'impuissance. Ils ne voient pas de solutions pour continuer l'activité de maternité et acceptent avec fatalisme le volet obstétrical du PMSP avec donc un centre de gynécologie et de périnatalité sans accouchement. En revanche les chirurgiens sont vent debout contre l'arrêt de la chirurgie conventionnelle, soutenus par les gynéco-obstétriciens qui ont également une activité chirurgicale gynécologique. Ils n'ont absolument pas compris les enjeux du processus à l'œuvre depuis près de deux ans, l'élaboration d'un projet sur la base du scénario Rossetti retenu in fine comme partie du PMSP. Et ils ont une grande méconnaissance de l'organisation de la gouvernance : composition et pouvoir de la CME, la CMG, le Costrat... Un chirurgien nous reproche avec véhémence d'être interdit de vote : il ne s'est jamais présenté aux élections de la CME, et d'ailleurs n'y assiste jamais ou très rarement alors qu'elle est ouverte à tout le monde.

Je prends la parole une fois le tumulte passé pour exprimer calmement mon point de vue :

« Je suis tout à fait d'accord pour critiquer la méthode initiale qui m'a choquée. L'idée initiale était de travailler sur le scénario numéro 3 Rossetti. Et dans l'hypothèse où ce scénario était accepté, comment on le mettait en pratique. Le groupe Chirurgie a travaillé dans ce paradigme et non dans celui de la rédaction du PMSP. Nous avons dénoncé cet état de fait auprès du Costrat et à la CMG.

Il n'y a pas deux camps dans notre hôpital, le camp qui voudrait fermer la chirurgie et le camp qui voudrait la maintenir. Autant pour la maternité, on se trouve dans un principe de réalité : est-ce qu'on poursuit le combat ou est-ce qu'on passe à autre chose... Mais pour moi, il est hors de question que soit appliqué un scénario en chirurgie où l'on arrête le conventionnel. Il s'agit donc de discuter d'un point de vue stratégique : est-ce qu'on vote Pour, parce qu'on avance sur tout le reste, que rien est écrit sur la chirurgie et on continue le combat. Ou c'est un Non de principe parce que c'est un pied dans la porte, et qu'à partir du moment où on évoque la fermeture de la PDS, ça veut dire que on arrête la chirurgie conventionnelle. »

Les réactions fusent de partout y compris de médecin ou pharmaciens qui étaient au début des discussions plutôt en faveur de négocier des nouvelles activités et le financement d'un nouvel hôpital « en échange » de l'acceptation de ces évolutions sur la chirurgie et l'obstétrique. Le vote qui suit la discussion est très clair, sur vingt-sept électeurs inscrits il y a vingt-six votants : 6 pour le PMSP, 16 contre le PMSP et 4 abstentions.

Un Costrat exceptionnel en visioconférence se tient le 20 octobre 2023 pour voter le PMSP finalisé. Nous votons contre puisque nous représentons notre CME qui a voté contre à la grande majorité. Nous sommes les seuls à voter contre, vote qui se déroule en trente secondes. Il n'y a aucun débat à ce moment-là.

Ce vote contre contrarie fortement le PCMG, mais aussi l'ARS qui valide par la suite ce PMSP mais avec des réserves, réserves concernant le vote négatif des commissions de l'hôpital de Guingamp. Dans son courrier de cadrage la Directrice de l'ARS ne mentionne pas précisément la maternité et la chirurgie, il faut lire entre les lignes que le GHT doit poursuivre les discussions sur ce sujet avec les parties prenantes, gouvernance de Guingamp et politiques. La directrice du GHT est très mécontente et l'exprime au Directeur technique de l'ARS 22 quand celui est convié au Costrat fin janvier 2024.

1.8- 2024 : Et la suite ? Des médecins Cubains à Guingamp ?

En parallèle à cette finalisation du PMSP, l'ARS a proposé à notre hôpital une feuille de route avec entre autres un projet alternatif de périnatalité.

Débute ensuite au mois de décembre notre première réunion de travail sur le projet du nouvel hôpital. La discussion porte sur l'intérêt d'une troisième étude bâtiminaire. Les deux premières ont mis en évidence le besoin d'une nouvelle construction ce dont l'ARS n'est pas convaincue. La discussion porte également

sur la capacité de financement réduite de l'hôpital de Guingamp du fait de son déficit croissant. L'ARS nous « offre » un audit ANAP 360°, et nous communique un échéancier qui court jusqu'en juin 2024, où les modalités d'un nouvel hôpital devraient être décidées. Mais le périmètre de celui-ci, les activités et perspectives en matière de santé ne sont pas du tout abordés.

Fin 2023 la pression du Collectif de Défense de l'Hôpital s'accroît sur les élus. Il leur est reproché d'abandonner le combat pour un hôpital « de plein exercice » avec sa maternité et sa chirurgie, de se compromettre avec la direction du GHT et l'ARS. Les élus (maires, membres de la Communauté de communes, sénatrice) font alors pression sur le GHT et l'ARS. Début février 2024, le président de la Communauté de Communes s'engage dans la proposition d'un élu municipal de la ville de Guingamp : demander à l'ambassadeur de Cuba en France de mettre à disposition de l'hôpital de Guingamp des médecins cubains afin de le sauver. Des obstétriciens, mais également pourquoi pas des urgentistes, des cardiologues... L'ambassadeur vient donc en visite officielle accompagné par les politiques locaux et des syndicalistes. Les membres de la CME ne sont à aucun moment contactés pour avoir leur avis. Les journaux, radios et télévisions nationales en font leur une et l'hôpital de Guingamp est à nouveau en haut de l'affiche, offrant l'image assez déplorable d'un hôpital public en pleine décrépitude. Le buzz permet à certains d'occuper le terrain médiatique, mais l'avis des médecins de l'hôpital n'intéresse pas grand monde.

Notre travail pour le maintien de la chirurgie continue lentement mais sûrement. Le directeur est favorable à la consolidation de l'activité et nous avons recruté en ce début d'année 2024 un 3^{ème} et bientôt un 4^{ème} orthopédiste, et il en est de même pour la chirurgie digestive. Nous essayons de rapprocher les filières digestives de Guingamp et de notre hôpital de support de Saint-Brieuc.

Côté briochin et du PCMG la mise en application d'une chirurgie strictement ambulatoire sur Guingamp n'est plus une priorité alors que d'autres secteurs sont en crise comme les Urgences à l'hôpital de Lannion. Le concept de conserver ce qui marche dans un monde hospitalier très fragilisé fait son chemin.

Février 2024 j'envoie un courrier au pilote de la partie Chirurgie du PMSP et actuel Chef du Pôle Chirurgie à l'hôpital de Saint-Brieuc, que je communique ensuite ensuite au PCMG. Mes propositions sont de :

- de garder le modèle actuel de permanence des soins de la chirurgie/anesthésie sur le site de Guingamp*
- de promouvoir le développement de partenariat et d'échange entre les équipes de Guingamp et de St Brieuc*
- de garder les modèles de parcours-patients sans permanence des soins sur le site de Guingamp décrits dans le PMSP comme un scénario de recours en cas de difficultés majeurs de démographie médicale du pôle chirurgical de Guingamp ne permettant plus l'activité de chirurgie conventionnelle.*

Nous en échangeons mi-mars, et il me dit que mon argumentation l'a convaincue. Il faut la porter ensuite au niveau de la direction.

Quant à la maternité nous n'avons pas d'équipe actuellement pour la faire fonctionner, la décision appartient désormais au ministère de la santé...

Partie 2 : analyse et enseignements

2.1 Critique de la méthode

Trois ans après la lettre de mission de l'ARS pour Mr Rossetti le projet de l'hôpital de Guingamp est toujours au point mort. La maternité a suspendu son activité depuis avril 2023 mais il s'agit d'une décision prise en urgence par la CME en raison d'une situation conjoncturelle, et non d'une restructuration préparée et concertée.

Il n'y a toujours pas eu de réunion de travail sur le périmètre effectif d'un nouvel hôpital. Que doit-il représenter sur le territoire pour les cinquante prochaines années ? Comment doit être pris en compte la probable future épidémie de type Covid-19 dans sa conception, les mobilités à venir dont les transports sanitaires ? Quel rôle pour cet hôpital dans le GHT et le tissu médico-social actuel et futur ? Comment se projeter alors que les offres de médecines libérales se réduisent spectaculairement d'années en années ? Pour certaines spécialités courantes la perspective à très court terme est l'absence totale de consultations libérales, comme en cardiologie et en pneumologie...

On pourrait imaginer, je l'ai fait dans ma naïveté, qu'un nouvel hôpital suscite des échanges et du travail partagé entre praticiens du territoire et médecins spécialistes de santé publique missionnés par l'ARS, démographes et géographes de la santé... Mais le point central et presque exclusif reste le financement.

Sur la conduite de l'élaboration de la partie chirurgicale du PMSP du GHT d'Armor le constat est selon moi peu contestable : le travail s'est élaboré de façon accélérée sans que les conditions soient réunies, sans réelle concertation avec les équipes, hors de son cadre initial, pour aboutir à un modèle non souhaité par les équipes médicales concernées, déconnecté des réalités de terrain et infaisable dans les années qui viennent.

Je retiens de cette expérience que lorsqu'un modèle a été décidé au niveau des instances, avec sa logique d'efficacité et une belle présentation schématisée des parcours de soins décrits, celles-ci tentent de l'imposer coûte que coûte. On

assiste alors à une organisation du pouvoir très verticale où chaque membre du Costrat ou de la CMG se concentre principalement sur les intérêts de son établissement ou filière, où un projet lourd de conséquences pour les équipes et les patients n'est soutenu au final que par une poignée d'individus.

Une des difficultés passées et actuelles pour défendre le projet chirurgical guingampais est l'absence de réel leadership au niveau de nos chirurgiens, l'absence d'un pôle chirurgical fort. Défendre un projet ambitieux dont la pertinence et la valeur est sous tendue entre autre par la qualité des pratiques est difficile quand on n'est pas soi-même impliqué. Plusieurs facteurs peuvent l'expliquer comme le statut précaire et incertain de Praticien Associé pour l'un des chirurgiens qui ne favorise pas son investissement dans l'établissement, des périodes lors desquelles le sous-effectif étaient la règle avec donc une charge de travail importante, et également une méconnaissance du fonctionnement institutionnel et de la gouvernance. Mais les différents épisodes relatés dans cette chronologie ont favorisé chez eux une prise de conscience et fait progresser leurs connaissances du système GHT et leur volonté de s'impliquer.

2.2 Réflexions sur l'exercice de la fonction de PCME – VPCME

J'ai pris un poste de praticien hospitalier en pneumologie à l'hôpital de Guingamp en mai 2015. Quelques mois après mon arrivée je suis élu à la CME, puis président du CLIN. Je passe mon concours de Praticien Hospitalier en 2016. Mais mon rôle dans la gouvernance de l'hôpital reste alors très modéré, je suis centré sur mon service et mon activité avec l'équipe d'hygiène.

Un premier changement de dimension survient en mars 2020 quand je prends un rôle important dans la cellule de crise Covid de l'hôpital en tant que *Référent en infectiologie* de l'établissement. Je suis alors en discussions quotidiennes avec tous les acteurs hospitaliers : PCME, DG, chefs de services, cadres et directeurs.

La seconde étape vers une accession à la gouvernance est la rédaction de la lettre ouverte aux instances dirigeant du GHT le 18 septembre 2021 (Cf. page 7). Ce travail de rassemblement et de collaboration de la communauté médicale dans

un moment très important dans la trajectoire de l'hôpital m'a placé de fait dans une situation d'interlocuteur central pour mes collègues me faisant, quelques mois plus tard, un candidat naturel pour la Présidence de CME. Au final je serai élu Vice-Président sur un ticket PCME-VPCME avec la PCME qui prendrait sa retraite à mi-mandat. Je ne me suis jamais imaginé Président de CME avant que plusieurs collègues, de services différents, ne viennent me demander de me présenter. C'est donc la situation et le souci de fédérer dans la lutte qui m'amène à la fonction, et la fonction qui m'oblige ensuite. La notion d'engagement dans la structure où j'exerce est et a toujours été très importante pour moi, que cela soit en dispensaire isolé en Guyane ou en Nouvelle- Calédonie, et maintenant à l'hôpital de Guingamp comme VPCME et chef de Pôle, et bientôt PCME.

Cette séquence vécue comme VPCME et VPCMG très impliqué a été riche d'enseignement pour ma future fonction de PCME. Le sujet, sa portée et toutes les parties prenantes illustrent bien la dimension politique du PCME. Dimension politique qui renvoie aux notions de société organisée, administrée, de collectif, mais également de vision.

Les qualités et attitudes requises au PCME pour réaliser ses missions doivent être réfléchies et intégrées. Il s'agit d'être à l'écoute et d'avoir l'attention suffisante aux besoins et ressentis de tout le monde, et de tenir compte de toutes les données pour avoir une approche la plus juste possible des problématiques. Mais l'importance de représenter tout le monde ne doit pas empêcher de conserver une vision stratégique, de perdre de vue les véritables objectifs. Il s'agit donc également de savoir garder une ligne, d'être constant dans sa vision de ce que doit être l'offre de soin.

Au final le PCME et son VPCME peuvent facilement avoir un sentiment d'isolement, et il est important de partager très régulièrement les informations que l'on peut partager. Ce qui est d'ailleurs une réelle difficulté puisque partager une information c'est potentiellement une réaction en chaîne que l'on ne maîtrise pas : informer ses collègues c'est informer tous les acteurs, Collectifs de Défense et syndicats compris. Faire descendre l'information c'est donc un juste équilibre entre démocratie et stratégie.

La défense d'un projet nécessite de devoir supporter la pression des institutions en l'occurrence ici la gouvernance du GHT, et l'ARS s'agissant de la défense de la maternité avant la mission Rossetti. C'est également devoir faire face aux critiques d'une partie des médecins, du personnel paramédical et des syndicats. Le fait d'avoir partagé à deux ces épisodes mouvementés m'a grandement aidé à vivre au mieux cette responsabilité. Le travail doit pouvoir se faire en équipe, une équipe resserrée et solidaire, constituée par le tandem PCME-VPCME ainsi que le bureau de CME constitué actuellement à Guingamp par les quatre chefs de pôle.

Le travail de notre binôme PCME-VPCME a également été favorisé par une bonne entente avec le Directeur de notre hôpital avec qui nous avons noué une relation de confiance. Son positionnement stratégique n'est pas éloigné du notre, travailler en bonne entente nous permet de profiter de son expérience et de son savoir propre à son métier. Il faut en effet comprendre et s'adapter aux différents acteurs qui ont bien sûr des rôles différents mais aussi des modes de communications différents, et des perspectives et des rapports au temps différents ! Il y a le temps de l'ARS, le temps des politiques, le temps des instances hospitalières, le temps syndical, le temps des médias...

Il s'agit donc de naviguer prudemment mais de façon efficace dans un maelstrom décisionnaire. Ne pas trop s'avancer mais savoir être réactif quand il faut affirmer sa position. Savoir à qui s'adresser, de quelle manière, à quel moment... Dans ce « travail Rossetti » la répétition des réunions et la rencontres des acteurs dans des conditions différentes (Comités Technique des Elus, Costrat, CMG, CME, pilotage du PMSP...) m'ont rendu plus à l'aise dans l'analyse de ce qui peut se jouer dans les différentes réunions, dans mes prises de paroles, quoi dire et ne pas dire, et à quel moment. Enfin de façon indirecte avec notamment la feuille de route que nous a donné l'ARS, j'ai eu l'occasion de rencontrer et de travailler avec des professionnels de la CPTS et du Contrat Local de Santé, ou encore de l'HAD.

L'histoire n'est pas terminée, loin de là. D'ailleurs aura t'elle jamais une fin ? Il ne peut pas y avoir de statu quo pour les hôpitaux périphériques, les contraintes internes et externes sont sans cesse mouvantes.

Mon histoire de PCME débute quant à elle très bientôt, prise de fonction le trois mai prochain...