



Centre Hospitalier de Montauban : un futur hôpital très ambulatoire, très numérique

Établissement de référence pour le département du Tarn-et-Garonne, le Centre Hospitalier de Montauban est engagé dans un ambitieux projet de construction d'un nouvel hôpital. Cette reconstruction englobe plusieurs projets car si toutes les activités MCO sont déportées sur un nouveau site, l'établissement va devoir mettre en œuvre d'autres opérations liées à la psychiatrie et à de multiples petits projets satellites qui donneront à terme un nouveau visage au CH de Montauban. Si l'hôpital en est encore aux prémices de l'avancement du projet, les études effectuées ces derniers mois ont permis de définir que la construction du nouveau bâtiment se fera sur un nouveau site au sud de la ville, près des échangeurs autoroutiers et de la future gare LGV. Avec ce nouvel hôpital, la communauté médicale et l'ensemble du personnel du CH de Montauban se projettent déjà sur la mise en place d'activités ambulatoires et le développement du numérique. Preuve de l'importance du projet, le Premier ministre Jean Castex s'est rendu sur place en mars 2022 pour soutenir cette opération du nouvel hôpital, s'engageant à hauteur de 176 M€ sur un budget total estimé à plus de 500 M€.



Comment définiriez-vous le Centre Hospitalier de Montauban ?

Sébastien Massip : Le Centre Hospitalier de Montauban est l'établissement de référence pour le département du Tarn-et-Garonne. Il s'agit en effet du plus important établissement de santé de ce département dont les besoins de santé

sont très marquants et évolutifs. Le vieillissement de la population y est particulièrement prononcé et l'évolution défavorable de la permanence des soins ambulatoire impacte fortement son rôle de proximité. Par exemple, le service des urgences de l'hôpital de Montauban avait été dimensionné il y a 15 ans au moment de la refondation du service afin d'accueillir environ 20 000 passages, mais nous en comptons aujourd'hui plus de 42 000 ! En outre, ces dix dernières années, le CH de Montauban a mis en suspens de nombreux projets stratégiques qui auraient pu lui permettre de moderniser son offre de soin. La plupart de ces dossiers ont été bloqués, pour des raisons tenant principalement à la dégradation budgétaire continue, à l'absence de dynamique, (il n'existe pas de projet d'établissement depuis 10 ans), ainsi qu'à l'architecture contraignante du site principal qui se déploie sur plus de neuf hectares mais qui, paradoxalement, ne lui permet plus de moderniser son offre de soin.

Le Centre Hospitalier de Montauban est donc aujourd'hui confronté à la nécessité de se moderniser, de réduire son déficit d'exploitation cumulée et de se projeter dans une nouvelle vision stratégique, managériale et organisationnelle. Ceci lui permettra de maintenir son rang

d'établissement de référence, de conserver et d'amplifier des liens avec le CHU de Toulouse, situé à moins de 40 minutes de Montauban, ainsi que d'établir de nouveaux partenariats avec d'autres établissements. En effet, le secteur médico-social est en attente de tels partenariats, notamment dans les domaines de la gériatrie, de la psychiatrie et de la pédopsychiatrie. Ainsi, notre établissement verra son niveau d'attractivité s'amplifier, dans un contexte démographique médical et paramédical particulièrement contraignant.

Comment le CH de Montauban se positionne-t-il sur son territoire ?

S.M. : Notre hôpital, bien qu'étant un établissement de référence, est situé dans un environnement très concurrentiel. Il est depuis cinq ans l'établissement support du groupement hospitalier du Tarn-et-Garonne, et se trouve confronté à la concurrence de trois établissements privés situés dans l'agglomération montalbanaise. Deux d'entre eux sont des cliniques d'origines familiales, et le troisième est détenu par le groupe Elsan. Il y a donc un surdimensionnement de l'offre de soin sur un certain nombre de spécialités. Nous avons, par exemple, deux services de réanimation et de soins critiques, un à l'hôpital et un à la clinique du Pont de Chaume. Jusqu'en décembre 2021, existaient trois maternités. Le groupe Elsan a décidé de fermer la sienne puisqu'il a considéré que la baisse de l'activité en nombre d'accouchements de sa structure ne lui permettait pas de poursuivre. Nous avons donc accueilli dans nos locaux les patientes qui étaient précédemment suivies dans cet établissement.



Quelle est votre politique en matière de partenariat et de coopération sur le territoire ?

S.M. : Le CH de Montauban est un établissement support. Antérieurement à la mise en place du GHT, nous avons signé un partenariat avec le Centre Hospitalier de Moissac, petit établissement public à proximité du nôtre. Ces collaborations ont essentiellement pris la forme de consultations avancées en neurologie, en cardiologie et en pneumologie. Or, aujourd'hui, ces partenariats doivent évoluer au sein du GHT : il serait intéressant, par exemple, de constituer de nouvelles équipes médicales territoriales. Celle mise en place il y a près de 20 ans en matière d'urgences (première fédération départementale créée à l'époque) a démontré son efficacité et a permis d'éviter la fermeture du service des urgences de Moissac. Il serait donc pertinent d'envisager avec nos collègues moissagais de constituer de nouvelles équipes sur d'autres spécialités, telles que l'imagerie, l'anesthésie ou la chirurgie.

Comment se passent les relations au sein du GHT de Tarn-et-Garonne ?

S.M. : Je suis convaincu que le GHT doit davantage structurer l'offre de soin et la stratégie de l'offre de soin publique. Il est pour cela nécessaire de rappeler que le GHT ne pourra être fort, en particulier vis-à-vis de l'offre de soin privée, que si chacun des éléments du groupement se responsabilise et se positionne fortement sur son cœur d'activité.

Les relations au sein du GHT doivent donc être constructives, notamment concernant l'élaboration du projet médical partagé. En tant que dirigeant de l'établissement support de GHT, je me donne l'obligation de relancer une dynamique de réflexion stratégique. L'hôpital de Montauban n'a pas de projet depuis 10 ans mais, au-delà du projet médical d'établissement engagé pour la période 2022/2026, il est évident que je vais parallèlement relancer le projet médical partagé du GHT. Je souhaite également instaurer un projet médical de territoire entre l'hôpital des Montauban, ses partenaires publics et tous les autres acteurs du territoire du Tarn-et-Garonne tels que les cliniques privées, les établissements médico-sociaux, les EHPAD, les partenaires en santé mentale, et la médecine de ville.

Quelle est la nature de votre relation avec le CHU de Toulouse ?

S.M. : Nous sommes géographiquement proches du CHU de Toulouse, ce qui peut expliquer l'histoire des relations entre nos deux établissements. Historiquement, des postes médicaux à temps partagés y ont été créés, en poste d'assistant partagé par exemple. La proximité géographique de Montauban par rapport à Toulouse permet à de nombreux médecins de travailler à Montauban et de résider à Toulouse. Dans le cadre du projet « *nouvel hôpital* », nous sommes sur une logique de recherche d'un nouveau site permettant d'accueillir notre hôpital sur ses parties MCO, gériatriques et SSR. J'ai ainsi demandé, parmi les différents éléments qui permettaient d'avancer dans la réflexion, d'avoir connaissance des statistiques concernant les adresses des professionnels médicaux et non médicaux sur et en dehors de Montauban. Il s'avère que 55 % du personnel médical qui travaille chez nous, vit à Toulouse ou sur l'une des communes situées entre ces deux villes.

Quels sont les déficits en matière d'activités et de prises en charge identifiés sur le territoire ?

S.M. : L'hôpital de Montauban est l'établissement de référence du territoire. Il est en effet le premier en part de marché sur tous les services de médecine. Notre établissement assure la totalité de l'offre de soins de psychiatrie et de pédopsychiatrie sur l'ensemble du département. Nous sommes également leader en gériatrie : les équipes médicales et non médicales sont reconnues pour la qualité de leur travail. Pour autant, nous connaissons certaines insuffisances en volume de soin sur la partie



MCO, notamment en diabétologie ou en dermatologie. Par exemple, seuls deux praticiens dermatologues exercent sur l'ensemble de notre département : l'un exerce à l'hôpital de Montauban, à temps partiel, de surcroît, et l'autre exerce dans le secteur libéral, en centre-ville. Nous avons donc à cœur, avec le président de CME, de renforcer cette offre de soin. Mais, chaque recrutement doit également profiter à l'hôpital de Moissac qui n'a pas ou plus d'offre de soin sur ces spécialités.

A votre arrivée, il y a un an, vous avez dressé un état des lieux de votre établissement dans un « Rapport d'étonnement » comme vous l'avez baptisé. Quelles étaient les grandes lignes de ce constat ?

S.M. : Après un premier entretien lors de son arrivée dans son nouvel établissement, un cadre de santé est souvent à nouveau reçu trois mois après sa prise de fonction par la direction des soins afin qu'il lui fasse part de « *son étonnement* ». Il doit alors exprimer les points qui l'ont surpris au moment de sa prise de poste, les points forts, les fragilités et les possibles pistes d'amélioration. Je me suis donc inspiré de cette idée en l'appliquant à l'échelle du GHT. J'ai souhaité le faire en trois mois, donc très rapidement. Ainsi, le lendemain de mon arrivée, j'ai visité les services qui me semblaient, à la lecture de certains documents, être dans une situation critique, notamment en termes de locaux, d'attractivité ou de recrutement. Le premier mois a ainsi été consacré à ces visites, à des rencontres avec des directeurs d'autres établissements du GHT et avec les dirigeants de cliniques, à des entretiens avec la plupart des cadres, chefs de pôles et responsables de services. Après trois mois, j'ai formulé ce rapport d'étonnement qui, si je devais le résumer en une phrase, affirme que « *l'hôpital de Montauban a des atouts, mais il a aussi des fragilités* ».



Quelles sont les fragilités de l'hôpital de Montauban ?

S.M. : Certaines de ses fragilités sont communes à la plupart des hôpitaux de la taille et de la configuration du CH de Montauban en France. Au-delà de ces fragilités communes que sont la démographie médicale et infirmière, la gestion de projets et la question relative à la dégradation budgétaire, certaines sont particulièrement amplifiées et très spécifiques à Montauban. Elles sont de trois ordres. Premièrement, cet établissement n'a pas de stratégie formalisée depuis 10 ans. Deuxièmement, le cycle d'exploitation budgétaire est en dégradation continue ce qui l'empêche aujourd'hui de se moderniser, alors même qu'il n'investit plus depuis plusieurs années pour renouveler ses outils de travail et ses équipements courants. Troisièmement, les contraintes d'ordre patrimonial, technique et architectural sont particulièrement importantes, amplifiées, et spécifiques à l'hôpital de Montauban. La plupart des bâtiments de notre établissement datent des années 1960. A l'exception de l'offre de soin de psychiatrie adulte, qui a pu bénéficier de grosses opérations de modernisation à la fin de la première décennie de 2000, tous les autres services se situent dans des locaux vétustes, non-évolutifs. Cette situation génère au quotidien une grande contrainte pour la qualité de prise en charge des patients, bien que les professionnels soient pourtant impliqués et dévoués à leurs métiers. Donc, en cumulant les contraintes qui sont communes à la plupart des hôpitaux en France et ces contraintes spécifiques, notre hôpital doit néanmoins continuer à jouer son rôle d'établissement de référence. En effet, l'offre concurrentielle privée est très forte et nous sommes parallèlement

dans l'obligation de créer des dynamiques tout en redonnant envie et confiance aux communautés médicales et soignantes fortement sollicitées ces dernières années. L'objectif sera ainsi de relancer des projets, dans le cadre de projets d'établissements dument formalisés, qui ne se limiteront pas à des projets médicaux et soignants, même s'ils sont importants. Des projets relatifs au management, au volet social, à la qualité et à la gestion des risques, participent assez logiquement de la force d'une stratégie d'établissement, et doivent aussi se décliner dans un triple schéma directeur : un schéma directeur immobilier, un schéma directeur des systèmes d'information, et un schéma directeur que je souhaite spécifique à la stratégie médicale (un projet médical de territoire).

Quel est l'état de santé financière de votre établissement ?

S.M. : La santé financière et budgétaire de notre établissement est particulièrement dégradée, et c'est d'ailleurs l'une de ses grandes fragilités. Si l'année 2021 n'est pas forcément très significative compte tenu des surcoûts générés par la crise sanitaire, notre établissement a tout de même cumulé des déficits d'exploitation à hauteur de 5 à 6 millions d'euros sur chacune de ces 10 dernières années. Le résultat budgétaire est donc fortement dégradé. Parallèlement et paradoxalement, les ratios d'endettement ne sont pas alarmants, puisque nous avons un encours de dette tout à fait maîtrisée et une durée apparente de la dette qui est relativement faible. En revanche, en cumulant le double constat du cycle budgétaire d'exploitation et des ratios d'endettement, nous pouvons

conclure que l'établissement n'investit plus assez, que ce processus n'est pas récent car il date de plusieurs années, et qu'il est particulièrement alarmant. En effet, nous avons un taux de vétusté supérieur à 95 %, aussi bien pour les installations que pour les équipements médicaux.

Pourquoi était-il important de lancer les réflexions concernant la reconstruction de l'EHPAD ?

S.M. : L'idée d'une refonte de la filière gériatrique date de la première partie des années 2000. Le directeur en poste en 2005 a été obligé, à la suite des injonctions de la préfecture, d'évacuer des activités d'EHPAD qui étaient abritées dans des bâtiments très vétustes et très problématiques en matière de sécurité incendie. Ces bâtiments ont été évacués, puis rasés pour laisser place à un parking. Les activités ont été hébergées dans des bâtiments modulaires supposément transitoires, considérant que la stratégie de l'établissement à partir de 2010/2011 allait consister à prioriser le relogement durable des activités de gériatrie (EHPAD en particulier). Or, ces activités sont aujourd'hui toujours accueillies dans des bâtiments modulaires, qui atteignent actuellement une durée de vie supérieure à 17 ans. Il n'est donc pas tolérable de les laisser dans de tels locaux. Nous avons donc dû reprendre en cours le dossier, porté il y a plusieurs années par l'hôpital mais qui avait été bloqué pour plusieurs raisons, notamment budgétaires et de portage politique. Il est donc important de reloger les deux EHPAD en question dans un bâtiment qui reste à construire et dont nous avons trouvé le site en centre-ville. En lançant cette opération dès cette année, et grâce au projet de vie et au projet médical porté par le pôle de gériatrie, nous pouvons régler ce dossier de façon définitive.

Concernant le projet du nouvel hôpital, le scénario retenu a été celui d'une construction sur un autre site. Pourquoi ce choix ?

S.M. : Un dossier relatif au projet de « *nouvel hôpital* » avait été lancé il y a quatre ans par la précédente gouvernance mais n'avait pas pu aboutir. Il est important de se documenter dans un premier temps sur les possibilités et les conditions de constructions de nouveaux bâtiments MCO sur le site principal actuel. Cette étape devait être faite avec rigueur, honnêteté et transparence. Nous avons donc mis en place un comité de pilotage de schéma directeur immobilier, bien plus vaste que le projet de « *nouvel hôpital* », lequel ne concerne qu'une partie - certes, importante - des activités. L'activité de psychiatrie n'est, par exemple, pas concernée par le projet « *nouvel hôpital* », mais le schéma directeur immobilier lui donne une perspective. Outre la mise en place de ce schéma directeur immobilier, le président de la CME et moi-même avons souhaité documenter précisément le niveau de faisabilité de la construction sur le site principal. Nous nous sommes donc appuyés sur la société A2MO, pour lancer le processus de schéma directeur immobilier et l'étude de faisabilité de construction de nouveaux bâtiments sur le site principal actuel situé en centre-ville. Cette étude a été menée pendant 3 mois durant l'année 2021 et a permis de réaliser que, bien que faisable, ce projet de construction serait très compliqué à réaliser, en particulier pour les professionnels, résidents et patients qui, en restant sur le site principal, seraient gênés dans leur fonctionnement quotidien.

Quelles ont été les difficultés que vous avez rencontrées au lancement de ses réflexions ?

S.M. : Au lancement de la réflexion il n'y avait pas vraiment de consensus sur le choix de la localisation. Un certain nombre d'acteurs préférerait rester sur le site principal, tout en reconnaissant qu'il fallait un nouveau bâtiment compte tenu des contraintes quotidiennes, techniques et patrimoniales, actuellement subies. La société A2MO et d'autres cabinets intervenus en complément ont alors rencontré les chefs de pôles, les cadres, l'architecte du bâtiment de France, de nombreuses

équipes médicales et ont visité plusieurs sites et locaux. Compte tenu de la demande que nous avons exprimé, et suite à leurs interventions, nous avons découvert qu'il était possible de construire un bâtiment sur le site principal, mais que la nuisance sonore, et la réduction des places de parking seraient une véritable problématique. Nous avons alors mis en avant trois scénarios, et choisi de respecter le consensus à chacune des différentes étapes de leurs présentations. Deux scénarios étudiés proposaient la construction du bâtiment sur le site principal, mais le troisième scénario, compte tenu des difficultés mises en exergues, proposait d'imaginer un nouveau site pour la construction de cet établissement. Après quelques mois de réflexions, à la suite de la présentation des scénarios et d'échanges avec les médecins, nous avons pris la décision de suivre le troisième scénario afin d'imaginer un nouveau site qui permettrait de répondre aux besoins d'un hôpital « *moderne* ».

Quelles ont été, ensuite, les différentes étapes ?

S.M. : Au mois d'octobre dernier, j'ai pris conscience de la difficulté que poserait une construction sur le site principal. Nous avons donc lancé une deuxième procédure qui s'inspire de l'appel à manifestation d'intérêt, en donnant pratiquement un mois à l'ensemble des propriétaires, collectivités locales ou personnes physiques, détenteurs de terrains correspondant aux besoins exprimés, pour se manifester. Nous avons reçu 10 offres à la date butoir du 19 novembre 2021. Par la suite, une commission ad hoc composée de représentants médicaux, de soignants, de représentants qualifiés et de représentants extérieurs nous a accompagné dans nos réflexions. Plusieurs personnalités ont participé à cette commission comme Didier Lafage, directeur du CH d'Agen ou encore Gérard Huet, architecte hospitalier, aujourd'hui à la retraite et président de l'Union des Architectes Francophones en Santé. Des conseils juridiques nous ont également permis de nous guider sur l'élaboration et le suivi de cette procédure.

Quelle position avez-vous adoptée face à ces offres ?

S.M. : Nous avons inscrit des indicateurs d'éligibilité et de choix sur les dix offres que nous avons reçu. Ces indicateurs ont permis à la commission interne de l'établissement d'en pré-classer trois d'entre-elles. Ce travail interne à l'hôpital a été partagé avec les services de l'État (DDT), afin d'obtenir des informations précises concernant les contraintes de servitude, qui pourraient exister sur chacune de ces offres. Deux terrains sont situés au sud de la ville de Montauban et un est localisé à l'ouest de la ville. Les autres terrains, classés en position 4, 5 et 6 des offres, sont situés au nord de la ville. Le périmètre géographique pris en compte est la grande agglomération montalbanaise. Les représentants des services et des pôles qui ont siégés à la commission ont ainsi eu une préférence marquée pour un terrain situé au sud de l'agglomération du grand Montauban. Plusieurs raisons expliquent ce choix. Tout d'abord, de nombreux nouveaux habitants s'installent à cet endroit en raison de l'arrivée prochaine d'une gare LGV reliant Toulouse à Paris via Bordeaux et Montauban. Cette nouvelle gare sera située non loin des deux sites proposés au sud. Ensuite, la plupart des offres remises à la date du 19 novembre dernier ont été proposées par des propriétaires fonciers, à l'exception d'un site, porté par le grand Montauban. Pour un certain nombre d'acteurs, dont je fais partie, il était important d'avoir un portage par une collectivité locale s'agissant d'un établissement aussi structurant que celui-ci. Enfin, le choix des professionnels ayant siégé dans cette commission s'explique également par la proximité du site avec Toulouse. Se rapprocher de cette ville permettrait de se rendre beaucoup plus attractif pour un certain nombre de professionnels, puisque 55 % des professionnels médicaux y résident ou résident dans des communes situées entre Toulouse et Montauban.

Le futur CH de Montauban se veut un hôpital du futur, «très ambulatoire, très numérique». Comment la construction de ce nouvel établissement doit-elle permettre à votre établissement de s'adapter aux évolutions de la médecine et à ses enjeux en matière de prise en charge ?

S.M.: Le virage numérique ne doit pas rester qu'un concept et, pour que les professionnels se l'approprient, deux grands axes doivent nous guider : sécurisation et facilité d'utilisation. Il faut ainsi sécuriser notre système d'information. C'est important dans la mesure où plusieurs établissements, tel que l'hôpital de Dax, ont déjà été atteints. L'outil numérique doit également faciliter le quotidien des utilisateurs. Compte tenu de l'insuffisance du niveau d'investissement de ces 10 dernières années, ce n'est pas le cas aujourd'hui. De plus, le système d'information est souvent considéré comme une contrainte car sa réglementation est assez stricte. Or, nous devons faire du système d'information un outil facilitant la vie des professionnels.

Comment le personnel sera-t-il impliqué et accompagné dans ces projets ?

S.M.: Le personnel sera très fortement associé. Nous travaillons actuellement beaucoup sous la forme de commissions. Par exemple, au sein de la commission interne d'analyse des offres sur le choix de la localisation du futur site, j'avais pris l'engagement d'organiser trois réunions, ce que nous avons fait. S'il faut en faire une quatrième pour tenir informés les membres du choix qui sera définitivement retenu, je le ferai naturellement mais cela prendra la forme d'une réunion d'information et non plus d'une réunion de travail. Il est important de réguler et de cadrer la comitologie hospitalière publique. Des groupes de travail pourront être mis en place afin de participer à l'expression de besoins des unités, des services et des pôles de demain. Je m'impose également l'obligation de cadrer préalablement les réflexions. La direction pourra par exemple affirmer en amont d'une discussion qu'il y aura nécessairement des axes transversaux obligatoires, des exercices imposés. Par exemple, concernant les services d'oncologie et les services de pneumologie, nous pouvons raisonnablement imaginer dans le futur une organisation bien plus fonctionnelle d'onco-pneumologie. Cela permettra à la discipline de pneumologie d'exercer et de réaliser des prises en charge pour la partie non oncologique. Pour tout ce qui concerne l'oncologie, notamment s'agissant de la prévalence des cancers dans ce département, il serait important de faire apparaître dans le projet « *nouvel hôpital* » l'atout que peut représenter la constitution d'une équipe médicale, actuellement en cours de structuration, qui permettra d'offrir une offre de soins en oncohématologie clinique importante et rare dans l'hémisphère ouest de l'Occitanie. En effet, la plupart de l'offre de soins d'hématologie clinique est concentrée en soins aigus sur le CHU de Toulouse.

Vous visez une concrétisation de ce projet nouvel hôpital d'ici 7 ou 8 ans mais quelle est votre vision du fonctionnement de votre établissement pour les 3 prochaines années ?

S.M.: Nous souhaitons rendre notre hôpital de nouveau dynamique dans ses projets. Depuis plusieurs mois, nous élaborons le projet d'établissement qui est actuellement en cours de formalisation. Parallèlement, nous souhaitons redynamiser le GHT, en instaurant un projet médical de territoire. Enfin, et c'est assez inédit, l'hôpital de Montauban se veut porteur d'un projet médical de territoire, allant au-delà du périmètre du GHT, qui concernerait les établissements du secteur privé et ceux du secteur médico-social, qu'il s'agisse de la

gériatrie ou de la psychiatrie. L'objectif est de rendre notre hôpital porteur et coordinateur de projets sur son territoire de santé. Parallèlement au besoin d'une nouvelle réflexion, il faut ainsi réaliser les projets qui avaient été bloqués, tel que celui des EHPAD, à 15 millions d'euros. Ça peut aussi concerner la réactivation de projets moins ambitieux, notamment d'unités et de pôles. C'est tout l'intérêt de lancer la réflexion à travers le nouveau projet d'établissement 2022/2026.

Comment le projet va-t-il s'adapter aux nouvelles données sanitaires ?

S.M.: La crise sanitaire nous oblige aujourd'hui à adapter nos organisations, nos stratégies et notre management. Concernant cet aspect managérial, je crois beaucoup à l'importance de la réflexion : je me situe dans une logique de déconcentration du processus de décision. C'est un choix que je revendique depuis de nombreuses années, car j'ai pu constater les effets bénéfiques d'une organisation en pôle, réfléchie, voulue, impulsée, évaluée. Le président de la CME et moi-même nous positionnons pour redynamiser cette gouvernance, en commençant par reconfigurer le périmètre des pôles. Nous devons établir des règles afin d'apporter du sens à l'organisation des pôles, dont l'objectif est de mutualiser les ressources. Nous sommes en effet dans un contexte contraint aux niveaux budgétaire et démographique. Un pôle doit également répondre à une nature d'activité. Les pôles prenant en charge les patients et les pôles prestataires, au service des pôles cliniques, doivent donc être distingués. Enfin, une vision puis un projet sont à l'origine de la création d'un pôle, et sont eux-mêmes définis par un porteur de projet et de vision. C'est là toute la question du leadership et du management des pôles. Avec le président de la CME, nous attacherons donc une importance particulière, lors de leur reconfiguration, au choix des chefs de pôles ayant une vision non pas de leur spécialité ou de leur service, mais bien de l'ensemble du pôle dont ils auront la responsabilité.

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

S.M.: L'hôpital du XXI^e siècle doit pouvoir faire de la transparence non pas un mot mais une réalité. La transparence doit avoir lieu en interne mais également auprès de l'ensemble des usagers, car nous avons tout à y gagner. C'est un hôpital qui se veut plus proche des attentes des usagers. Bien que cela puisse paraître paradoxal, très peu de projets d'établissement réservent une part entière aux usagers. Dans notre projet d'établissement, j'ai ainsi souhaité permettre aux usagers d'exprimer leurs attentes, afin qu'elles se confrontent aux propositions des médecins à travers le projet médical, car il faut leur donner la parole et le sens de l'initiative. L'hôpital du XXI^e siècle doit faire du numérique un outil facilitant le travail des professionnels et l'organisation du séjour des usagers. C'est un hôpital qui ne doit plus raisonner en nombre de lits ou de places ambulatoires, en chirurgie ou en médecine, mais qui doit raisonner en termes de performance du plateau technique. Je considère que l'hôpital de demain, c'est le plateau technique. Les lits sont un vieux marqueur d'une ancienne génération de dirigeants et chefs de service, et je le dis sans aucun jugement péjoratif. Or, en 2022, il faut pouvoir se concentrer sur le plateau technique, les partenariats, la médecine de ville, le secteur médicosocial, les établissements privés - car nous avons beaucoup de choses à apprendre les uns des autres -, et se donner l'obligation de laisser une vraie latitude aux professionnels, et aux dirigeants hospitaliers... C'est d'ailleurs ce qui a permis à l'hôpital de tenir et de faire face ces deux dernières années à la crise sanitaire !



La politique médicale

« Nous réfléchissons depuis une dizaine d'année à la mise en place un nouvel établissement tout en nous adaptant à de fortes contraintes techniques »

Propos recueillis auprès du docteur **Jérôme Roustan**, président de la CME



Quelles sont les activités d'excellence du CH de Montauban ?

Jérôme Roustan : Le Centre Hospitalier de Montauban compte de nombreuses activités d'excellence. Nous avons deux bonnes équipes de chirurgie digestive et viscérale, ainsi qu'une bonne équipe d'orthopédie. Notre maternité est

également réputée puisqu'elle occupe la première place de la ville sur les trois qui existent et la récente fermeture de la maternité du Pont de Chaume devrait renforcer cette position. Une filière de prise en charge des AVC sur la neurologie et une filière de cardiologie sont également renommées, et deux services de cardiologie avec hospitalisation complète existent à Montauban. Nous avons en outre des effectifs

médicaux en nombre et de qualité pour les filières de rhumatologie et d'infectiologie, ce qui est une chance car l'infectiologie connaît une période difficile sur une majorité des territoires français. Nous avons également mis en place des courts séjours gériatriques notamment depuis deux ans sur la plateforme COVID personnes-âgées, unique à Montauban. Notre équipe de pédiatrie est complète et, pour équilibrer les difficultés, nous avons instauré une fédération des urgences sur le Tarn-et-Garonne entre l'hôpital de Moissac et l'hôpital de Montauban, car nous connaissons un manque d'effectifs médicaux comme ailleurs en France. Enfin, et je pourrais en citer d'autres, l'activité de SRR de notre établissement est réputée, et nous avons plusieurs autorisations d'activités, en neurologie, en orthopédie, ou pour les personnes âgées poly-pathologiques dépendantes.

Quelle est la situation de la démographie médicale sur votre territoire ?

J. R. : Notre proximité avec le CHU de Toulouse nous rend attractifs, mais nous connaissons malgré tout une baisse de la démographie médicale sur notre territoire. Au début de mon mandat de président CME il y a quatre ans, nous avions des difficultés d'embauches sur certaines spécialités, et principalement en radiologie. La différence de salaire entre le privé et le public est importante et en est l'une des causes. La tendance a depuis évolué et cette problématique d'embauche touche toutes les spécialités de manière échelonnée. Nous ne sommes pas un CHU donc le départ d'un soignant au sein de notre hôpital peut mettre en péril une équipe et une spécialité entière. Nous devons ainsi prendre soin de maintenir la pérennité de nos équipes en évitant les départs soudains et brutaux.

Avec quels établissements entretenez-vous le plus de lien ?

J. R. : Nous entretenons des liens naturels avec le CHU de Toulouse car les internes de cet hôpital font leur stage avec nos équipes de spécialité. Nous accueillons donc chaque semestre une quarantaine de futurs médecins à Montauban. Notre établissement et celui de Moissac ont également créé de forts liens car nous avons mis en place une fédération des urgences entre nos deux hôpitaux. Nous essayons également d'instaurer des collaborations avec les SSR d'autres établissements de la région, nos relations étant renforcées depuis la crise sanitaire. L'objectif est d'améliorer le parcours des patients, et de mettre en place des secteurs de courts séjours pour les patients COVID et non-COVID. Nous entretenons aussi des liens avec le secteur privé de Montauban, avec la Clinique du Pont de Chaume qui détient l'autorisation de cardiologie interventionnelle vasculaire, mais aussi avec la Clinique BOYE et enfin avec la clinique Honoré Cave spécialisée en ophtalmologie et en ORL, qui assure la quasi-totalité de son activité en ambulatoire. Nous accueillons donc certains de leurs patients au sein de notre hôpital.

Quelles sont les grandes lignes de votre projet médical ?

J. R. : Notre projet médical est en cours d'élaboration et concernera l'hôpital de Montauban ainsi que le GHT dans son ensemble. Nous souhaitons mettre en place des filières et des parcours de soin sur le territoire, dans toutes les spécialités qui sont aujourd'hui essentiellement portées par l'hôpital de Montauban, tout en essayant de conserver une activité de proximité avec les autres centres hospitaliers qui peuvent le proposer. Ainsi, l'hôpital de Moissac dispose d'un service de chirurgie et d'un service de médecine, et notre établissement propose actuellement des consultations avancées dans de nombreuses spécialités, de pédiatrie, de rhumatologie et d'oncologie, entre autres. Ensuite, nous nous distinguons d'autres centres hospitaliers sur plusieurs points. Fortement spécialisés en psychiatrie, nous avons le monopole de l'activité sur le département. Nous avons la chance que plusieurs dermatologues travaillent dans notre hôpital. Nous souhaitons mettre en place une activité de dermatologie à l'échelle du GHT à l'aide du numérique en créant une consultation de télé-médecine à cet égard pour les EHPADs et les SSR.

Quelles seraient les activités médicales à développer ou à renforcer ces prochaines années ?

J. R. : Nous aspirons à mettre en place une HAD territoriale car nous avons la chance qu'elles ne soient que publiques sur notre département ce qui rend l'harmonisation plus facile. Faute de ressources médicales, nous n'avons pas pu réunir les deux HAD du secteur jusqu'à présent, mais la tendance a changé, et nous pouvons aujourd'hui nous permettre de relancer la collaboration et la mise en place d'une HAD départementale. Enfin, nous voulons que des équipes territoriales soient créées pour de

nombreuses spécialités, telles que la chirurgie viscérale ou la chirurgie orthopédique, afin de sécuriser les activités et les parcours de soins sur le territoire. Il serait ainsi intéressant d'instaurer une équipe territoriale d'anesthésistes et de radiologues car de nombreux médecins de Moissac sont retraités ou près d'arrêter leur carrière.

A l'automne dernier, le CH de Montauban a lancé sa nouvelle feuille de route pour son futur hôpital. Quelles sont les attentes de la communauté médicale vis-à-vis de ce futur hôpital ?

J. R. : La communauté médicale souhaite mettre en place la médecine du XXI^e siècle dans un bâtiment récent ne datant pas du XIX^e ou XX^e siècle. En effet, outre notre mauvais positionnement au centre-ville rendant l'hôpital difficile d'accès pour le personnel et les usagers, notre marge de manœuvre architecturale est nulle car notre bâtiment est soumis à des normes de sécurité incendie. L'architecture actuelle ne permet pas non plus une évolution de l'ambulatoire. Nous l'avons mise en place depuis plusieurs années en chirurgie, mais nos plateaux ne sont pas en contact direct avec le bloc opératoire et ne facilitent pas le parcours du patient. Les contraintes architecturales ne nous permettent plus d'imaginer de nouvelles organisations, donc nous ne pouvons pas envisager la médecine du futur dans un bâtiment du siècle dernier.

Comment êtes-vous impliqué dans les réflexions relatives à cette construction ?

J. R. : Les équipes médicales ont été sollicitées et ont porté les projets relatifs au projet d'établissement. Sébastien Massip, notre directeur, a également souhaité que les équipes médicales soignantes et techniques, tout comme les représentants des usagers, participent au choix de localisation du futur hôpital. Des experts extérieurs ont bien sûr été sollicités afin de soulever des problématiques qui n'auraient pas été perçues par les équipes de Montauban. Toute la communauté a ainsi pu réfléchir à ce que sera l'hôpital de demain, et à comment le positionner dans un paysage sanitaire au sein d'un département en pleine évolution. Notre territoire est en plein boom démographique, et nous avons la chance de nous retrouver acteurs de l'organisation des soins pour les 30 prochaines années. C'est pourquoi la communauté médicale s'est investie et a sérieusement étudié le meilleur choix d'emplacement. Cette activité a également permis aux soignants de sortir de leur mission de soin quotidienne.

Le futur hôpital se veut un hôpital du futur, « très ambulatoire, très numérique ». Comment la construction du nouvel hôpital doit-elle permettre à votre établissement de s'adapter aux évolutions de la médecine et à ses enjeux en matière de prise en charge ?

J. R. : Nous réfléchissons depuis une dizaine d'années à la mise en place un nouvel établissement tout en nous adaptant à de fortes contraintes techniques. Le changement d'emplacement nous offrira donc des possibilités que nous n'avions pas imaginé jusqu'à présent. La communauté médicale se projette ainsi depuis quelques mois sur la mise en place d'activités ambulatoires et le développement du numérique. Au début de la crise sanitaire, nous n'avons pas eu d'autres choix que de mettre en place une activité de téléconsultation mais, lorsque nos patients ont pu revenir au sein de notre établissement, nous avons réalisé que les systèmes informatiques n'étaient pas adaptés et rendaient la téléconsultation difficilement utilisable. Les équipes soignantes n'ont pas été totalement satisfaites par ce système, mais elles sont en revanche très preneuses d'expériences qui fonctionnent. Nous manquons également de visibilité sur certaines activités. Dans quelques années, la radiologie sera peut-être totalement prise en charge par l'intelligence artificielle, et pourra pallier les difficultés d'embauches que nous connaissons aujourd'hui.

L'ambulatoire sera également grandement développé car c'est préférable pour tout le monde : les patients, les soignants et la société sur le plan financier ; mais il devra être organisé au mieux. Nous connaissons une avancée majeure à cet égard depuis quelques années, car ce qui était inenvisageable il y a 10 ans est aujourd'hui devenu la norme. Nous pouvons donc imaginer que d'ici quelques années la plupart des chimiothérapies auront lieu à domicile.

Comment comptez-vous anticiper les nouvelles organisations mises en place au sein du nouvel hôpital ?

J. R. : Nous avons rencontré des difficultés de mise en place des services ambulatoires, mais les avons tout de même installés dans le secteur chirurgical qui fait aujourd'hui plus de 50% de son activité en ambulatoire. Les équipes de chirurgie et d'anesthésie sont porteuses de ce projet et le mettent en place après des opérations chirurgicales de plus en plus lourdes. L'ambulatoire a été plus difficilement instauré sur la partie médicale, mais le manque de lits en lien avec la crise COVID, nous a poussé ouvrir ce service plus tôt que prévu. Les équipes de rhumatologie et d'oncologie, déjà habituées à ce fonctionnement, ont eu un rôle moteur et ont permis aux autres équipes de passer le pas. Ayant supprimé les chambres doubles en hospitalisation conventionnelle nous avons donc perdu une quarantaine de places. Fluidifier les parcours sur la médecine ambulatoire a permis de libérer des lits d'hospitalisation conventionnelle et ainsi de conserver une bonne activité et de ne pas prendre trop de retard dans la prise en charge des patients. Aujourd'hui, les équipes médicales assurent leurs activités ambulatoires dans un service spécifique dédié à l'ambulatoire médical.

Comment le nouvel hôpital s'est-il adapté aux nouvelles données sanitaires pour donner suite à la crise COVID ?

J. R. : Des réflexions relatives à l'activité de l'établissement, les conditions de séjour et les dimensionnements ont eu lieu avant la crise COVID, mais ne correspondaient pas au ressenti des équipes quant au manque de places en secteurs d'urgence. Nous avons alors convenu que les équipes de spécialités d'organes devaient se recentrer sur leur cœur de métier et qu'il fallait mettre en place un pôle de médecine polyvalente ainsi que des services de post urgence médicale et de post urgence gériatrique. Depuis le COVID, nous ne pouvons plus proposer de chambres doubles et avons donc perdu des capacités en hospitalisation conventionnelle, mais l'organisation précédemment instaurée a permis de fluidifier les parcours et nous ne reviendrons plus en arrière. Il existait des grands services aux spécialités mélangées, mais je pense que les jeunes médecins ne se projettent plus dans ce genre d'activités. Les équipes médicales veulent des secteurs de spécialité bien calibrés, des services de médecine composés d'équipes polyvalentes et une activité ambulatoire extrêmement bien organisée.

Quelles sera la place des activités ambulatoires ces prochaines années ?

J. R. : Nous ne savons pas comment le paysage médical va évoluer. La forte progression de la démographie dans notre territoire est très favorable mais nous devons également prendre en compte le périmètre de l'organisation des soins. Alors que nous sommes le plus petit département français, nous avons néanmoins trois cliniques et un hôpital sur la ville de Montauban ainsi qu'un établissement MCO situé à 20 kilomètres. Nous pouvons aussi nous demander si les secteurs de soins critiques privés et publics seront regroupés car l'ouverture d'un nouvel hôpital pourrait changer certaines situations. A cet égard, nous discutons actuellement avec quelques cliniques très spécialisées, avec lesquelles nous pourrions partager nos savoirs et renforcer nos activités. Je pense néanmoins que les activités ambulatoires en chirurgie seront toujours plus présentes que pour le secteur médical dans les décennies à venir. En effet, la tranche d'âge de nos patients est vieillissante et notre département est assez précaire sur le plan socioéconomique. Or les conditions de vie du patient ne permettent pas toujours de proposer une prise en charge ambulatoire. De plus, le nombre de patients nécessitant une hospitalisation est de plus en plus important car nous connaissons une pénurie de médecins généralistes et une réorganisation de leur activité. Les patients vont aux urgences alors qu'une consultation avec un médecin généraliste, une téléconsultation, des interventions d'infirmières de pratiques avancées par exemple pourraient permettre de désengorger les urgences, mais nous ne pouvons pas tout maîtriser.

Comment définiriez-vous la médecine du XXI^e siècle ?

J. R. : 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 indispensables.





La Politique des soins

« Le projet du « Nouvel Hôpital » doit nous permettre de trouver les bons modes de prise en charge »

Propos recueillis auprès de **Laurence Vernejoux**, directrice des soins, de la qualité et de la gestion des risques



Comment définiriez-vous la politique des soins du CH de Montauban ?

Laurence Vernejoux : Notre politique de soins reste encore à définir car elle doit être repositionnée au cœur des préoccupations et devenir un outil de changement tout en préparant l'avenir. Lors de ma carrière, j'ai travaillé dans

des CHU au sein desquels j'ai toujours été confrontée à des politiques de soins très bien construites, mais ici, tout est à faire. C'est une opportunité de mise en œuvre totale, puisque le champ des possibles est très large.

Qu'est-ce que votre expérience en CHU peut apporter à la politique des soins du CH de Montauban ?

L. V. : Je pense que mon expérience pourra apporter la structuration nécessaire à une politique des soins innovante, dynamique et ouverte sur le réseau. Le Centre Hospitalier de Montauban est attrayant puisqu'il s'agit de l'hôpital pivot du GHT et qu'il est mieux proportionné que certains CHU. Celui de Toulouse est par exemple constitué d'un grand centre hospitalier universitaire et d'autres modestes établissements annexes. Ainsi, l'objectif est aujourd'hui de préparer la suite. Nous avons un peu en retard car nous devons faire face à des particularités propres

au Tarn-et-Garonne, telles que des durées de vie professionnelles très courtes. Il faudrait ainsi pouvoir insuffler d'autres dynamiques et d'autres politiques pour comprendre les besoins du territoire. Des équipes mobiles dédiées devraient être mises en avant, ainsi que le travail en réseau, qui est pour moi essentiel au sein de départements ruraux comme le nôtre. En effet, la population a des besoins en santé qui lui sont propres avec des inégalités sociales très marquées. Nous devons aussi tenir compte de l'importante population migrante qui travaille dans les exploitations agricoles.

Rencontrez-vous des difficultés de recrutement de personnels soignants ?

L. V. : La politique de notre hôpital doit évoluer afin de nous montrer plus attractifs en matière de recrutement. Bien que nous ne soyons pas un CHU et que nous n'ayons pas d'université, nous devons pouvoir fidéliser notre personnel et lui donner envie de rester travailler au sein de cet établissement grâce à une politique intéressante. Notre accompagnement et la taille de l'hôpital doivent être des atouts. Lorsque j'occupais mon précédent poste, j'avais la responsabilité de 1700 lits. J'en ai maintenant la moitié et cela me permet d'avoir une proximité que je n'avais pas en CHU.

Comment définiriez-vous le projet du «*Nouvel Hôpital*»?

L. V.: Le projet du «*Nouvel Hôpital*» doit nous permettre de trouver les bons modes de prise en charge. C'est un travail à effectuer avec les équipes médicales. Puisqu'un hôpital se construit pour les 30 ou 40 prochaines années, celui-ci doit mettre en avant les politiques ambulatoires, de modularités et d'adaptabilité. «*Adaptabilité*» est un mot que le président de l'Union des Architectes Francophones pour la Santé (UAFS), Gérard Huet, a prononcé récemment et que je trouve très intéressant. Pour l'avoir vécu ailleurs, nous devons avoir des projets médicaux soignants parfaitement co-construits et identifiés sur du long terme, et nous poser la question des prises en charge que nous pourrions proposer aux habitants du Tarn-et-Garonne. Cela nécessitera une souplesse organisationnelle et une modularité importante au niveau des évolutions techniques. Nous ne pouvons par exemple plus créer des entités de cancérologie situées uniquement au sein d'hôpitaux de jour.

Quels seront les défis du projet «*Nouvel Hôpital*»?

L. V.: Nous devons évoluer et affirmer notre place et notre mission de centre hospitalier sur le territoire. Nous avons néanmoins quelques incertitudes, notamment au regard des autres établissements du **GHT**: quels seront nos liens dans les années à venir? Nos fonctionnements seront-ils différents? Au regard de ces questionnements, notre vision doit être portée vers l'avenir. Concernant le secteur privé, nos interrogations sont également nombreuses. La première est de savoir s'il maintiendra

son offre de choix. La maternité de la Clinique du Pont de Chaume a récemment fermé, et nous avons dû accueillir de nombreuses patientes. La question est de savoir si cette situation pourrait se reproduire sur d'autres secteurs comme les urgences. Face à ce risque, nous devons mettre en place des projets mouvants, dont les bases nous permettront une modularité dans les années à venir. La taille de notre hôpital est une chance qui doit permettre à nos équipes d'être plus réactives face à d'autres établissements.

Comment les soignants sont-ils impliqués dans ce projet?

L. V.: Les soignants n'ont pas encore été impliqués dans ce projet. La localisation du futur hôpital reste toujours à définir et nous déterminerons ensuite la manière de communiquer avec nos équipes. Des temps d'échanges ont tout de même été instaurés par le directeur, puisqu'il réunit l'ensemble des cadres soignants et non soignants environ deux fois par mois et que j'ai, pour ma part, mis en place des temps cadre à mon arrivée. Malheureusement, cette politique ne touche que 40 ou 50 % des équipes parce que certaines n'ont pas le moyen d'être informée, que l'information ne les intéresse pas ou qu'elles ne vont pas la chercher. Notre objectif est donc aujourd'hui de diffuser au mieux les informations concernant le projet «*Nouvel Hôpital*», mais nous rencontrons une difficulté majeure. En effet, ce projet inclut seulement la partie MCO de l'hôpital et la communication auprès du pôle psychiatrique qui n'est pas concerné risque d'être compliquée.



Quels sont les enjeux de ce projet en matière de politique soignante ?

L. V. : Les équipes devront travailler ensemble pour co-construire les futurs projets. Je pense qu'il est préférable de ne pas les faire intervenir trop tôt, afin d'éviter les engouements et projets individuels, et de fixer des principes organisationnels et structurels au niveau du patrimoine. Nous pourrions alors créer de nouvelles organisations au sein des unités de soins qui distingueront la logistique et le soin, tel que nous l'avons mis en place dans le bâtiment URM. C'était une réussite car, la taille des espaces de soins étant diminuée, les soignants marchaient beaucoup moins. J'insiste néanmoins sur le fait que le personnel ne doit pas être consulté trop tôt. J'ai l'expérience d'avoir souhaité fermer les salles de soin avec des contrôles d'accès. Les soignants ont dans un premier temps repoussé mon idée mais ce fut une totale réussite ! En effet, la fermeture des salles permet au personnel de laisser les armoires ouvertes, ou bien d'utiliser l'endroit comme zone de repli en cas de problématiques particulières. Il relève donc de notre responsabilité d'enclencher de telles propositions basées sur des éléments solides et constitutifs, tout en laissant place à l'échange. De plus, je souhaite que le personnel puisse connaître le fonctionnement d'autres établissements, afin de comprendre et mieux imaginer la forme que prendra le futur hôpital de Montauban. Enfin, nous devons mettre en place de nombreux projets annexes organisationnels qui permettront aux soignants de se sentir investis et préparés aux changements que l'ouverture du nouvel hôpital engendrera. Nous en avons déjà identifié quelques-uns, notamment concernant l'organisation des équipes.

Comment la crise sanitaire s'est-elle invitée dans ce projet ? Comment le projet va-t-il s'adapter aux nouvelles données sanitaires ?

L. V. : Je travaille au CH de Montauban depuis août 2020 et j'ai donc affronté une partie de la crise COVID en son sein. Bien que cela puisse paraître surprenant, je considère que cette crise nous a aidés sur certains points. Avant, nous n'arrivions pas à faire comprendre aux collaborateurs qui nous accompagnaient dans nos projets la nécessité de mettre en place des systèmes de marche en avant, et de ne pas simplement faire des économies de surface. En effet, lors de mes consultations de PPR je devais entrer par la porte de sortie. C'est une aberration organisationnelle qui avait été pensée à une époque où la gestion de flux n'était pas prioritaire, et ce n'est plus le cas aujourd'hui.

Comment comptez-vous anticiper les nouvelles organisations ?

L. V. : Il fait aujourd'hui consensus que le parcours patient est primordial. Une petite extension des urgences a été présentée hier en comité de direction, en attendant la finalisation du nouvel hôpital. J'ai été grandement dérangée car le parcours patient n'y était pas du tout pris en compte. En effet, si un patient qui se trouve aux urgences doit effectuer un scanner, son trajet entre les urgences et le scanner doit être réfléchi et facilité, puisque le parcours patient se définit aujourd'hui par son aspect pluridisciplinaire. Au sein d'un établissement de grande taille, le code couleur peut très bien fonctionner. Il ne faut plus rester cloisonné à la couleur blanche, trop longtemps considérée comme un symbole de pureté de l'hôpital. Dans l'ancien établissement au sein duquel je travaillais, nous avons invité les soignants à suivre le parcours patient dans un environnement inconnu. Le code couleur les aidait beaucoup et ils y ont donc tout de suite adhéré. Nous n'avions en revanche pas eu les mêmes possibilités au niveau de l'URM et avons donc instauré des codes couleur au mur plutôt qu'au sol. Les contraintes concernant le nettoyage étaient fortes et le surcoût était également conséquent. Les codes couleurs sont donc nécessaires et bien plus efficaces que les panneaux de signalisation.

Ces dernières années, dans le cadre de la mise en place de nouvelle organisation, avez-vous créé des fonctions support afin de soulager les soignants dans leur travail quotidien ?

L. V. : La porte d'entrée peut être améliorée car le soignant doit rester au centre de soin, dans l'unité. C'est une idée que je commence à véhiculer au CH de Montauban car je l'avais instauré en CHU. Le logisticien et moi-même avons mis en place le système du double bac dans la salle de soin puisque nous avons la quantité nécessaire et suffisante pour 7 jours. L'ouverture des salles de soins aux logisticiens était un grand changement de paradigme, mais l'outil et la complémentarité qu'il apportait a rapidement fait ses preuves et tout le monde en était satisfait. Nous pourrions également mécaniser l'URM avec du TAL, car c'est ce que nous avons mis en place en CHU. Aidés par Didier Lafage, le directeur du Centre Hospitalier Agen, nous avons fait venir le TAL dans les zones logistiques avec ses ascenseurs dédiés. Il ouvrait les portes et rangeait les chariots dans la bonne pièce, et nous avait permis de nous débarrasser de la logistique, qui n'apporte pas de plus-value et qui est très coûteuse. Nous avons aussi installé un système pneumatique dans une grande partie de l'hôpital. J'ai compris après coup qu'il aurait fallu en mettre au niveau du bloc opératoire et de la partie des soins critiques, car ces zones demandent énormément de transport de sang. Tous ces aspects sont à prendre en compte pour le futur hôpital de Montauban.

Avez-vous créé de nouvelles fonctions soignantes pour les soulager dans leur travail ?

L. V. : En CHU les soignants étaient très enclavés et ne communiquaient qu'entre eux. Le projet « *nouvel hôpital* » avait permis de définir un profil logistique-soin et les soignants et les logisticiens ont ainsi pu se connaître et co-construire l'ensemble des différents projets. Je les ai laissés définir l'organisation des salles de soins qui étaient modulées différemment selon le fonctionnement et la taille des équipes. Cette modularité nous a beaucoup aidé quand nous avons décidé de fermer certaines unités car l'établissement était surdimensionné, mais dans l'ensemble, les salles de soin ont été très peu remodifiées tant les soignants se les étaient bien appropriées. Ces aspects peuvent être mis en place à l'hôpital de Montauban actuel, et peuvent être préparés et imaginés pour l'organisation du futur hôpital, mais le personnel devra en revanche être préalablement formé et préparé aux nouveaux fonctionnements. Il m'a en effet été affirmé lors de mon arrivée que le système du double bac ne peut pas fonctionner alors qu'il est très pratique. Avec l'aide du directeur, nous devons organiser et séquencer toutes ces démarches avant l'ouverture du nouvel établissement.

Quelle est votre vision de la prise en soin du XXI^e siècle ?

L. V. : La prise en soin du XXI^e siècle doit être adaptable et centrée sur l'utilisateur, ce qu'elle n'est pas suffisamment aujourd'hui. Nous avons pourtant une marge de manœuvre suffisante pour instaurer la notion de l'« *usager partenaire* », et nous connaissons des représentants des usagers dynamiques au Centre Hospitalier de Montauban. C'est une chance extraordinaire qui m'a permis de les associer à la commission des soins, au sein de laquelle ils ont pu nous transmettre leurs idées. Nous essayons d'être dans un échange permanent avec l'utilisateur car il est l'utilisateur quotidien des services de soins et sa vision doit être prise en compte. Je souhaite que dans l'avenir les médecins et les soignants travaillent ensemble, et co-construisent des projets ouverts sur la ville.



Le projet nouvel hôpital

« Il est primordial de prévoir un hôpital le plus flexible, agile et évolutif possible »

► Propos recueillis auprès de **Hélène Regan**, Directrice des Achats, des Travaux et de la Logistique et **Patrick Sestere**, ingénieur

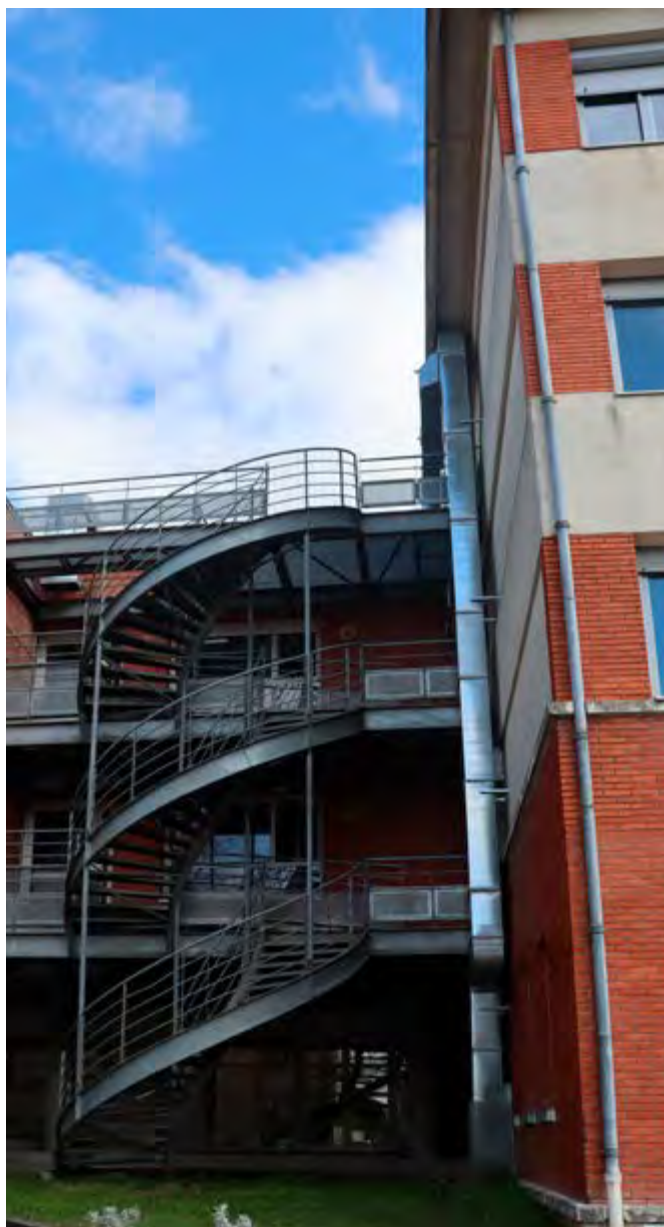


Pouvez-vous nous présenter le patrimoine immobilier du CH de Montauban ?

Situé en centre-ville, le site principal du CH de Montauban regroupe la majorité de nos structures. La configuration de ce site n'est pas habituelle puisqu'elle se compose d'un bâtiment monobloc MCO et d'une partie pavillonnaire mixte avec des activités psychiatriques, administratives et médico-sociales. Deux secteurs de psychiatrie sont situés en centre-ville et un autre sur le site de Capou, à 5kms du site principal. Le CH est également constitué d'un EHPAD localisé au cœur de la ville et qui sera prochainement restructuré, ainsi que d'autres structures annexes situées dans différentes villes du département, telles que Moissac, Castelsarrasin, Valence d'Agen, Caussade et Beaumont-de-Lomagne. D'autres structures indépendantes sont également installées à Montauban.

Comment définiriez-vous l'opération de construction du nouvel hôpital ?

Nous avons rapidement établi notre schéma directeur immobilier, qui est la première commande de notre feuille de route et au sein duquel nous intégrerons le nouvel hôpital ainsi que ses activités médicales. La reconstruction de cet hôpital englobe plusieurs projets et, puisque toutes les activités MCO seront déportées sur un nouveau site, nous devons nous interroger sur le devenir de la psychiatrie et des multiples projets satellites qui donneront à terme un nouveau visage au centre hospitalier de Montauban. Le schéma directeur immobilier nous permet ainsi d'avoir une vision globale de ces projets. A cet égard, une étude sur la valorisation patrimoniale viendra compléter notre dossier. Nous sommes donc à ce jour aux prémices de l'avancement de notre projet, notre schéma directeur immobilier est en cours d'élaboration. Les études effectuées ces derniers mois ont permis de définir que la construction de l'hôpital aura lieu sur un nouveau site, récemment acté sur le lieu-dit « *Bardonis* » situé au sud de Montauban près des échangeurs autoroutiers et de la future gare LGV. Nous avons mené l'étude de reconstruction sur le site actuel, mais il s'est avéré que ce n'était pas envisageable pour des raisons techniques, de sécurité sanitaire et de maintien de l'activité.



Quelles ont été les difficultés rencontrées relatives au projet du futur centre hospitalier de Montauban ?

Le site principal est très contraint en matière de construction et les besoins du plateau technique sont en constante croissance, notamment en ce qui concerne les urgences, le bloc opératoire... Malheureusement, nous n'avons aucune possibilité d'extension pour ces services, actuellement sous-dimensionnés. Une maternité du territoire a fermé, et bien que nous devrions anticiper ce surcroît d'activité, nous n'avons aucune possibilité d'agrandissement. Une analyse nous a en outre permis de constater que les dépenses d'exploitation de maintenance de notre site sont trop élevées, liées à la vétusté de l'hôpital ainsi qu'au manque d'investissement sur les équipements ces dernières années. Le taux de dégradation des équipements est croissant car nous n'agissons plus de manière préventive, mais seulement dans l'urgence. Ce constat a contribué à la décision de repositionner le nouvel hôpital sur un autre site.

Quelles ont été les différentes étapes qui nous vous ont amené à cette décision de quitter le centre-ville ?

Le projet est assez ancien, mais il a mis du temps à prendre totalement forme notamment sur les orientations médicales et l'offre de soin. Le site étant ancien et contraint nous n'arrivions pas à trouver de solution pour restructurer l'hôpital depuis plusieurs années. Le volet Ségur de la santé a permis de relancer la dynamique et d'initier des études

techniques via le schéma directeur immobilier. Ces études ont conforté le projet de reconstruction ex-nihilo. En parallèle, nous dialoguons avec les différentes cliniques situées sur l'agglomération de Montauban afin de partager un plateau technique commun. Nous souhaitons intégrer les besoins du GHT et réfléchir à des projets comme une plateforme logistique territoriale.

Dans quelle mesure A2MO vous a-t-il accompagné dans votre choix de scénario ?

Nous avons confié à la société A2MO une mission spécifique sur le schéma directeur immobilier. Il a été notre assistant sur les parties techniques, a démontré que notre projet était viable et l'a dimensionné afin de le mettre en valeur. C'est un cabinet national, qui dispose de ressources humaines qualifiées, d'un niveau d'expertise important dans le domaine de la santé et de références significatives équivalentes. Dans la région, l'équipe actuellement impliquée dans le projet de notre hôpital a précédemment suivi l'hôpital de Tarbes-Lourdes et nous prenons donc en compte ses retours d'expérience.

Aujourd'hui où en êtes-vous dans ce projet ?

Suite aux différents scénarios étudiés, nous avons décidé de changer de site et cela a fait l'objet de débats de la part des professionnels de santé, des usagers et aussi du côté des politiques. En ce qui concerne la méthodologie, nous avons fait un appel à manifestation d'intérêt pour permettre aux propriétaires ou aux collectivités de se positionner. Le planning était serré. Les quelques offres que nous avons reçues nous ont permis de constituer une commission d'analyse, composée de directeurs, de médecins, de cadres, d'ingénieurs, de représentants des usagers et de personnalités extérieures. Gérard Huet, président de l'Union des Architectes Francophones pour la Santé a accompagné la démarche ainsi qu'un directeur d'hôpital d'un autre établissement de santé habitué à la conduite de projets immobiliers. Nous avons instauré cette commission afin d'être transparents et de permettre au personnel de se positionner sur la localisation d'un site, mais ce n'était pas évident car il fallait prendre en compte les enjeux en termes d'accessibilité, les enjeux techniques et les enjeux concernant le personnel de l'hôpital et les représentants des usagers. Cette discussion a été primordiale pour établir un consensus interne (directeurs/médecins/soignants/usagers) et a pesé fortement dans le choix politique final.

L'importance de l'ouverture et l'importance de voir ce qui se passe dans d'autres hôpitaux est-il quelque chose que vous aimeriez transmettre ?

L'ouverture est importante, nécessaire, à ce propos nous avons trouvé les Journées de l'Architecture en Santé de Menton très intéressantes et constructives. Nous avons retenu qu'il était primordial de prévoir un hôpital le plus flexible, agile et évolutif possible. C'est aujourd'hui notre objectif. L'adaptabilité de l'architecture hospitalière est un sujet évoqué depuis plusieurs années, le choix du site est une composante permettant à l'hôpital et aux offres de soin d'évoluer facilement. La crise COVID a également renforcé cette nécessité de flexibilité. Nous devons également nous adapter aux nouvelles technologies et au manque de ressources médicales. En outre, l'Hôpital évolue très vite, par exemple, le dimensionnement des urgences aujourd'hui sera dans dix ans totalement différent. Notre département connaît une croissance démographique permanente et nous faisons face à une pénurie de médecins généralistes. Les entrées aux urgences sont exponentielles. Ce même problème technique existe au niveau des blocs opératoires. La difficulté est de se projeter dans dix ans pour construire l'hôpital de demain qui réponde aux besoins de la population du territoire.

Quels sont les autres projets à plus ou moins court terme que vous allez lancer ou que vous avez déjà lancés et qui vont être concrétisés avant l'ouverture du nouvel hôpital ?

L'EHPAD devra être rapidement reconstruit. Nous réorganiserons le service des urgences, car sa situation est critique, ainsi que le service psychiatrique « *voisin* » le plus tôt possible. Ce « *package travaux* » sera transmis à l'ARS pour le maintien et le développement de ces activités en attendant l'arrivée du nouvel hôpital. Ces projets sont majeurs et nous devons aussi effectuer d'autres travaux d'aménagements qui nous permettront de nous adapter à l'activité. Des opérations externes seront organisées au niveau des bâtiments afin d'offrir des prestations nouvelles sur l'hôpital. La construction du nouvel EHPAD est notre projet le plus avancé et pour lequel nous avons établi un plan de financement. La construction sera faite sur un site à l'extérieur de l'hôpital et aura pour but de fusionner, mutualiser deux EHPAD qui se trouvent actuellement sur le site principal et le site du Cours Foucault.

Comment le personnel est-il impliqué dans les réflexions ?

Les groupes de travail sont centrés autour des médecins et des cadres soignants et techniques. Puisqu'il s'agit d'un travail très stratégique, le personnel sera consulté plus largement sur les phases ultérieures de programmation et de faisabilité. En ce qui concerne le schéma directeur immobilier, nous avons élargi l'instance du directoire. Ce directoire « *élargi* » se compose du directeur, du président de CME, des chefs

de pôle, des directeurs référents des pôles et des ingénieurs, cadres supérieur de santé. Cette instance élargie, qui est en d'autres termes le COPIL nouvel hôpital, valide toutes les phases du dossier concernant le schéma directeur immobilier. Ce COPIL a ainsi validé notre projet de reconstruire l'hôpital sur un nouveau site. En parallèle, le directeur général, Monsieur MASSIP organise des réunions pour s'adresser à l'ensemble des employés. La démarche de ce schéma directeur a également permis de fédérer la communauté médicale de façon unanime autour d'un seul et même projet. Suite aux études menées par A2MO, la communauté médicale est aujourd'hui unanime.

Quelle est votre vision de l'hôpital de demain ?

L'hôpital de demain devra être évolutif, fonctionnel et en capacité de répondre à l'offre de soins du territoire. Cet hôpital territorial favorisera le parcours du patient et les liens avec les établissements de santé alentours. Les circuits médicaux, logistiques et les nouvelles technologies seront au cœur de notre réflexion.

L'hôpital de demain devra être ouvert sur la ville et articuler les prises en charge entre la nécessité de l'hospitalisation et le retour à domicile.

Pour terminer, l'hôpital de demain sera également flexible pour s'adapter aux situations exceptionnelles et d'urgences qu'il devra relever. Ce sont les enjeux et les missions de l'hôpital public.





Le système d'information

« C'est en mettant à niveau aujourd'hui que nous pourrons commencer à concevoir les outils de travail de demain »

Propos recueillis auprès de **Jean-Christophe Quod**, Directeur des Ressources Numériques de Territoire



Comment définiriez-vous l'état d'évolution du Système d'information du CH de Montauban?

Jean-Christophe Quod : Notre système d'information (SI) est opérationnel et obsolète. Il fonctionne puisque nous couvrons les fonctions majeures et que le service est rendu au quotidien mais il n'a pas fait l'objet d'investissement

depuis près de huit ans. Son obsolescence nous a poussé à alerter l'ARS à plusieurs reprises et nous avons exprimé de nombreuses demandes de soutien pour la mise en sécurité de l'ensemble du système d'information.

Comment êtes-vous organisés ?

J.-C. Q. : La « Direction Numérique du Territoire » (DRNT), est historiquement organisée entre les deux établissements MCO du Tarn-et-Garonne. Les hôpitaux de Castelsarrasin-Moissac et de Montauban ont un DSI commun depuis 2003 et une équipe DSI commune depuis 2009. Pour aller plus loin, les deux établissements ont joint un appel d'offres pour obtenir le même système d'information, ce qui nous permet de travailler ensemble depuis plusieurs années. La mise en place du

Groupement Hospitalier de Territoire a engendré l'instauration nouvelle de la DRNT. Bien que définie dans le cadre du schéma directeur du GHT, la construction de la DRNT reste théorique car elle n'est pas mise en œuvre, faute de moyens financiers. Ainsi, c'est une équipe unique qui prend en charge les systèmes d'information des établissements de Moissac et de Montauban échangeant sur les mêmes problématiques. En revanche, les trois autres établissements du GHT sont ouverts à l'idée d'une collaboration groupée pour le SI mais leurs ressources sont pour l'instant limitées. Nous essayons de les assister et de mutualiser les compétences, mais nous n'avons pas de disponibilité pour aller plus loin. Les équipes de ces hôpitaux sont très petites et les professionnels sont multitâches car ils s'occupent de l'électricité et de l'informatique. Très demandeurs et en attente d'amélioration, ils pensaient que la mise en place du GHT leur permettrait d'être accompagnés sans coûts mais ça n'est pas possible. Nous avons pu constituer une équipe commune aux établissements de Moissac et Montauban mais avons des difficultés à mettre en place l'équipe GHT, principalement en raison du manque de ressources financières mais également de difficulté de recrutement.

Ce futur hôpital se veut être l'hôpital du futur, très numérique. Comment cela va-t-il se traduire dans les besoins que vous avez identifiés et comment comptez-vous pallier l'obsolescence de votre SI ?

J.-C. Q. : Le projet d'établissement réactivé par notre directeur sera traduit dans un schéma directeur du système d'information pour le CH de Montauban. L'hôpital 2030 sera digital et nous devons évoluer pour atteindre cet objectif. Nous avons huit ans pour y parvenir, ce qui correspond au temps de deux schémas directeurs. Nous devons tout d'abord, et d'urgence, remettre à niveau tous les éléments d'infrastructure et les postes de travail obsolètes, en quelque sorte rétablir les fondations sur lesquelles s'appuiera le système d'information.

Nous recherchons aujourd'hui des financements pour atteindre un niveau minimal et consolider les bases avant de mettre en place les briques fonctionnelles métier cruellement manquantes à nos utilisateurs.

L'objectif fixé est clair : arriver dans le nouvel hôpital avec un système d'information à niveau et opérationnel.

Les deux phases de quatre ans en amont de l'ouverture nous permettrons de couvrir des fonctions qui ne le sont pas encore, telles que par exemple le bloc opératoire, l'obstétrique, l'ophtalmologie. Pour exemple, notre bloc opératoire ne dispose toujours pas d'outil métier ; ce n'est pas concevable dans l'hôpital numérique du futur. Nous devons également mettre à niveau les aspects techniques, la sécurité, couvrir toutes les fonctions minimales évidentes, prendre le virage numérique et entre autres renouveler notre dossier patient informatisé. L'objectif est de rendre le système d'information prêt, finalisé et opérationnel au moins deux ans avant de déménager. Cela sera fait en ayant également à mener les projets HOP'En et Ségur Numériques qui sont des opportunités, notamment financières mais surtout fonctionnelles qui doivent être saisies pour faire remettre notre système d'information et répondre au besoin de nos utilisateurs.

En attendant la concrétisation du nouvel hôpital, que souhaitez-vous développer en matière informatique ?

J.-C. Q. : Le directeur souhaite que le numérique évolue rapidement et que nous n'attendions pas la finalisation du nouvel hôpital pour permettre les prises de rendez-vous en ligne, pour mettre en place l'admission en ligne et pour aller vers tous ces domaines de numérisation qui sont nécessaires aujourd'hui. Nous devons répondre aux enjeux des patients et des professionnels de santé. Il n'est par exemple plus imaginable que des médecins attendent trois minutes pour se connecter à leur poste de travail et qu'ils aient de nombreux mots de passe à gérer. Plusieurs outils pourraient les aider et leur permettraient d'avoir une bonne mobilité, connectivité et réactivité. Nous avons grandement besoin de ces avancées aujourd'hui et nous ne pouvons pas attendre 2030, car c'est en mettant à niveau aujourd'hui que nous pourrions commencer à concevoir les outils de travail de demain.

Comment assurez-vous l'accompagnement du personnel de l'hôpital dans l'appropriation de ces différents outils ?

J.-C. Q. : L'accompagnement du personnel lors de changements est d'une importance majeure mais c'est un point critique car nous avons des difficultés à obtenir les ressources humaines et d'investissement nécessaires pour y parvenir. Le personnel doit être guidé par des équipes qualifiées, mais nous avons des difficultés à recruter des personnes compétentes car la période COVID et la phase Ségur ont instauré une tension majeure au niveau de ces compétences. Ainsi, d'une part, les informaticiens seront bientôt plus cher qu'un médecin, ce que la communauté hospitalière a du mal à accepter, et d'autre part, nous manquons de personnel médical et soignant. Nous avons enfin pu choisir un outil métier pour les personnes âgées mais nous avons du mal à mobiliser les personnels soignants nécessaires pour le projet. Je réclame des soignants pour accompagner les projets métiers alors même que l'établissement peine à en recruter. Ainsi, je souhaiterais qu'une équipe de cinq personnes soit mobilisée au niveau de l'accompagnement du dossier patient, mais il n'y en a actuellement que 0,5.



Vous traitez des données sensibles. Comment abordez-vous l'aspect sécurité dans le traitement de ces données ?

J.-C. Q.: L'hôpital se trouve régulièrement dans des situations incohérentes, puisque les DSI doivent souvent mettre en place des solutions qui ne respectent aucunement les règles de sécurité afin de privilégier le soin. Nous sommes face à une problématique quant à la nécessité de mettre en place des équipements techniques qui ne sont pas conformes aux exigences de sécurité. Nous avons parfois le choix de ne pas mettre l'équipement, car il n'est pas conforme à la sécurité, mais cela desservirait les médecins et les patients. La mise en place d'outils pour rendre le service est depuis longtemps privilégiée aux dépens de la sécurité, et tout le monde le sait.

Que souhaitez-vous mettre en place pour assurer le respect du traitement des données sensibles ?

J.-C. Q.: Nous avons instauré une fonction de responsable sécurité du système d'information qui représente 0,4 TP au niveau du GHT alors qu'il est préconisé que nous ayons un responsable de la sécurité du SI en temps plein sur le CH de Montauban. Nous sommes donc conscients des besoins et nous mettons en place des actions à minima, par manque de ressource et par manque de culture de la communauté hospitalière. Certains médecins nous reprochent régulièrement de les empêcher de travailler, et nous agissons donc régulièrement sous la menace et les contraintes. Un médecin nous avait par exemple demandé d'avoir accès à une Dropbox afin d'ouvrir un fichier Excel permettant de suivre des patients. Comme nous n'avons pas pu répondre favorablement à sa requête, il nous a menacé, affirmant que nous mettions en danger ses patients. Afin d'améliorer la sécurité, nous pouvons nous appuyer sur le fait que le CH de Montauban a été désigné « *opérateur de services essentiels* » par le Premier ministre. Nous avons donc des exigences très importantes en matière de sécurité et un accompagnement national qui vont nous permettre d'imposer la culture de la sécurité et de mettre en place des dispositifs de sécurité. Nous sommes donc sur une bonne voie, mais nous sommes sous haute tension. En réunion hier avec l'IFMS (Institut de Formation aux Métiers de la Santé), ils nous ont reproché de mettre l'établissement en danger car ils souhaitent que nous ouvrons de nombreux sites, alors que nous considérons que de telles ouvertures créeraient des failles de sécurité majeures. Nous sommes donc en tension permanente pour assurer les services aux utilisateurs tout en assurant la sécurité du système d'information. Nous avons néanmoins eu l'opportunité de bénéficier récemment d'une séance de retour d'expérience du CH de Dax, établie en comité stratégique du GHT et à laquelle ont été invités l'ensemble des fonctions.

Elle a permis d'affirmer que l'ensemble du personnel hospitalier ne doit plus rester cantonné à l'idée que l'informatique est contraignante et entraîne des blocages, mais que l'établissement est en danger et que toutes les méthodes de travail doivent évoluer.

Quel est le calendrier idéal prévu pour les prochains mois, les prochaines années à plus ou moins court terme par rapport à cette première partie du schéma directeur du système d'information ?

J.-C. Q.: Le calendrier n'est pas encore défini à cette date parce que nous avons pris du retard ; la réunion de lancement du schéma directeur (SDSI) aura lieu après cette interview. L'ambition est de remettre à niveau le socle et les bases du SI, puis, très rapidement, de couvrir les fonctions métiers prioritaires, et déjà très en retard. Nous souhaitons également engager rapidement les travaux conduisant au choix du DPI qui sera celui qui devra être pleinement opérationnel pour l'ouverture du nouvel hôpital.

En 2022, nous devons également atteindre les objectifs dossier HOP'En et Ségur Numérique tout en maintenant les exigences réglementaires. Nos contraintes budgétaires et de ressources humaines limitent nos ambitions pour 2022. Ces contraintes financières et humaines sont un frein majeur dans l'évolution du SI.

Quelle est votre vision de l'hôpital numérique de demain ?

J.-C. Q.: Aujourd'hui, et pour en avoir récemment discuté avec des collègues, nous avons beaucoup de mal à imaginer la digitalisation de l'hôpital de 2030. La technologie et les usages évoluent en permanence ! Il nous faut être le plus agile possible au quotidien.

Il est certain que nous ne travaillerons plus de la même façon, que le numérique et la mobilité auront une place majeure. La mobilité sera forte et tout le monde sera connecté: nous pourrions savoir où le patient se trouve, où il va, et quel agent l'accompagne et avec quel équipement. Nous pourrions connaître la zone où se situe le professionnel dans le cas d'un éventuel danger. Le lit sera également connecté afin de peser le patient et de détecter s'il est, par exemple, tombé du lit. La révolution sera complète et aura comme socle un mode de fonctionnement difficilement imaginable aujourd'hui. Bien que certains de la future arrivée massive de l'objet connecté, nous avons des difficultés à la prévoir.

Afin de relever ces challenges, je suis déjà en contact avec des prestataires ou collègues qui sont plus avancés dans cette réflexion ; je souhaite permettre à des étudiants ingénieurs spécialisés dans le numérique santé de nous accompagner sur ce sujet, car il est intéressant et important de se projeter au plus tôt.

