

Le CHU, ce navire amiral de notre modèle de santé, prend l'eau, surtout du côté académique

Les 145 présidents d'université, doyens de faculté et directeurs de CHU alertent au sujet de l'avenir des centres hospitaliers et universitaires qui, sans inflexion majeure, se dirigent selon eux vers une mort assurée

Créés par les ordonnances Debré en 1958, les centres hospitaliers et universitaires (CHU) avaient pour objectif d'intégrer dans un même dispositif le soin, l'enseignement et la recherche, évitant ainsi aux professeurs de médecine d'être accaparés par leur exercice médical au détriment de la recherche et de l'enseignement. La formation des étudiants devient ainsi plus professionnelle grâce à l'enseignement par des hospitalo-universitaires : ces enseignants-chercheurs, dont l'employeur principal est l'université, peuvent dispenser leur enseignement et mener une partie de leurs recherches à l'hôpital où ils exercent leur activité de praticien.

C'est en nouant une convention avec l'université que les centres hospitaliers régionaux sont devenus des « CHU », avec une organisation partagée entre les missions hospitalières et universitaires, conduites dans les facultés de médecine. Au-delà des personnels hospitalo-universitaires, c'est tout l'environnement médico-technique et de soin développé par les CHU qui en a fait un modèle internationalement reconnu. On saluera le rôle des praticiens hospitaliers, investis dans les missions d'enseignement et de recherche dans la formation des professionnels de santé ainsi que dans la contribution au progrès scientifique et médical.

Mais, depuis quelques années, le navire amiral de notre système de santé prend l'eau, surtout du côté académique. Tous les dix ans, on fête son anniversaire en lançant à chaque fois de nouveaux signaux de dé-

trousse sans que les ministères de tutelle – enseignement supérieur, recherche et innovation, santé et solidarités – s'en préoccupent. En 2018, la Cour des comptes a examiné le rôle des CHU dans l'enseignement supérieur et la recherche médicale. Le diagnostic était alarmant : déclin de la France en matière de recherche biomédicale, triple mission soins-enseignement-recherche trop concentrée sur le soin, modèle de financement inadapté et déséquilibre financier...

L'attractivité des carrières en chute

Les directeurs de CHU, pressurés par une logique économique, n'y peuvent pas grand-chose, mais doivent pourtant faire face. L'installation de la tarification à l'activité et l'organisation par la loi HPST (hôpital, patients, santé, territoires) de 2009 avec une gouvernance plus managériale, peu médicale et dissociée de l'université, ont peu à peu éloigné nos CHU de leur trajectoire académique initiale... non sans conséquences.

L'attractivité des carrières hospitalo-universitaires est en chute libre, de nombreux professeurs de médecine quittent leur emploi pour exercer dans le secteur libéral.



TOUS LES DIX ANS, NOUS LANÇONS DE NOUVEAUX SIGNAUX DE DÉTRESSE SANS QUE LES MINISTÈRES DE TUTELLE S'EN PRÉOCCUPENT

Plus grave, le vivier se tarit car la carrière hospitalo-universitaire ne fait plus rêver. Les grands perdants sont les étudiants, qui dénoncent à juste titre les carences de leur encadrement dans leurs stages hospitaliers.

La crise due au Covid-19 n'a pas amélioré cette situation. Si elle a montré l'engagement magnifique de tous les soignants et hospitalo-universitaires ayant pris part au combat pour juguler l'épidémie, elle a aussi révélé ses fragilités. La crise aurait pu aussi faire prendre conscience de nos carences, interroger sur l'évolution du CHU, sa place dans le système de santé, son aptitude à faire face aux défis actuels et futurs. C'était, avions-nous cru, l'esprit du Ségur de la santé lancé par Emmanuel Macron, après la première vague. Bien sûr, il fallait investir, revaloriser le salaire et la carrière des personnels, améliorer leurs conditions de travail et la prise en charge des patients. Mais vouloir réformer le secteur hospitalier sans réfléchir à la formation et à la recherche était une erreur : les mêmes signataires de cette tribune avaient alerté sur ce manquement en juin 2020.

Trois scénarios possibles

Le Ségur n'a pas restauré la confiance entre le gouvernement et les hospitalo-universitaires. Des représentants syndicaux ont quitté la table des négociations sur l'attractivité des carrières, et cherchent encore en vain les mesures susceptibles de redresser la barre. L'une d'entre elles promet de regonfler les effectifs de seulement 250 emplois sur cinq ans, soit un peu plus d'un emploi par CHU et par an, au moment où on installe, non sans difficulté, une réforme des études de santé qui promet d'augmenter les flux d'étudiants et les charges d'enseignement. Sans renoncer au système de la tarification à l'activité, le Ségur a entériné une vision managériale et axée uniquement sur le soin ; pour preuve la récente loi promulguée « visant à améliorer le système

de santé par la confiance et la simplification », qui écarte l'avis de l'université dans la nomination des chefs de service des CHU, sans réflexion sur la stratégie de recherche ou de formation.

Ce contexte de désuniversitarisation des CHU n'est pas récent : alors que le modèle économique des hôpitaux reste structurellement déficitaire et ne parvient pas à compenser la petite part de la formation et la recherche qui lui incombe, le ministère de la santé est désireux d'organiser ces missions en tournant le dos à l'université et aux organismes de recherche au nez et à la barbe d'un ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche qui semble avoir démissionné face à ce défi.

Trois scénarios sont possibles : primo, le statu quo, aboutissant à la mort annoncée du modèle français du CHU. Secundo, le divorce assumé entre hôpital et université, dont nous sommes beaucoup à penser qu'il serait une régression pour la politique de santé. Tertio, un sursaut courageux, replaçant l'université et les facultés de santé au centre du dispositif, comme dans tous les pays ayant une ambition dans le domaine. ■

Reza Arbab-Chirani, président de la Conférence des doyens des facultés d'odontologie; **Bernard Muller**, président de la Conférence des doyens des facultés de pharmacie; **Patrice Diot**, président de la Conférence des doyens des facultés de médecine; **Véronique Lecoite**, présidente de la Conférence nationale des enseignants en maïeutique; **Manuel Tunon de Lara**, président de la Conférence des présidents d'université. Retrouvez la liste complète sur Lemonde.fr

La polyvalence des métiers susceptibles d'exercer la réanimation est la clé de voûte d'un système sanitaire réactif

Des représentants de la **Société française d'anesthésie et de réanimation et le Syndicat national des anesthésistes réanimateurs de France** demandent et proposent une réorganisation innovante des soins critiques

La crise due au Covid-19 a mis en lumière l'importance des unités de soins critiques (réanimations, 5500 lits, unités de surveillance continue, 8000 lits, et soins intensifs, 5900 lits) dans l'arsenal de réponses aux risques sanitaires. Elle a aussi révélé les faiblesses de leur organisation, notamment en termes de capacité d'accueil et de réserve en personnel soignant. En octobre 2020, les Nations unies, sur la base d'un rapport d'experts, estimaient que « les futures pandémies émergeront plus souvent, se propageront plus rapidement, feront plus de dégâts à l'économie mondiale et tueront plus de personnes que la Covid-19 », renforçant l'importance d'une réflexion construite sur la structuration du système de soins critiques de demain.

Historiquement, la détermination des capacités d'accueil des soins critiques se résumait au calcul d'un nombre de lits dicté par la nécessité de répondre aux besoins d'une population plus âgée, plus fragile et d'accompagner le développement de prises en charge à haut risque. Calculée ainsi, l'offre de lits n'en demeure pas moins très disparate selon les pays avec, par exemple, une densité moyenne de 11,5 lits pour 100 000 habitants en Europe, contre 28 lits pour 100 000 habi-

tants aux Etats-Unis, sans que cela affecte la mortalité. Le pronostic des patients semble d'autant plus favorable qu'il existe une tension sur les lits en soins critiques, ce qui favorise des processus décisionnels efficaces, des soins plus adaptés et respectant l'éthique. Cela a été confirmé par une équipe française au cours de la pandémie de Covid-19.

Un système souple et réactif

Notre réponse aux événements récents (pandémie, attaques terroristes, catastrophes industrielles) offre un regard nouveau sur les soins critiques : une gestion de crise efficace est sous-tendue par un système souple et réactif dont la gouvernance repose sur l'expertise du terrain et la confiance entre administratifs et personnels soignants.

Lors de la première vague de Covid-19 en France (mars-juin 2020), 7148 patients critiques ont été hospitalisés, au-delà de la capacité des 5500 lits disponibles. Cette augmentation rapide de la capacité d'accueil a reposé en grande partie sur un personnel exerçant dans d'autres secteurs mais compétent en soins critiques.

Si la polyvalence des médecins formés et capables d'exercer en soins critiques a été un atout majeur de notre système de santé, les infirmiers et aides-soignants

ont été LA ressource manquante. Selon la Fédération de l'hospitalisation privée (FHP), près de 58 000 de ces postes seraient vacants, du fait d'un défaut d'attractivité et de reconnaissance. La France figure en effet parmi les cinq derniers pays de l'OCDE en matière de rémunération de ses soignants.

Sur le plan médico-économique, une étude publiée dans *The Lancet* démontre qu'une augmentation du ratio du nombre d'infirmiers-nombre de patients diminue significativement la mortalité, la durée de séjour et s'avère économiquement rentable. Ce ratio, qui est actuellement d'un in-



RÉDUIRE LA PROBLÉMATIQUE DE L'ACCÈS À LA RÉANIMATION À LA SEULE QUESTION DU NOMBRE DE LITS EST UNE VISION SIMPLISTE

firmier pour 2,5 patients et d'un aide-soignant pour 4 patients, mériterait d'être augmenté, offrant souplesse et réactivité lors des fluctuations d'activité.

La création d'une réserve soignante médicale et paramédicale valorisée et bénéficiant d'une formation continue adaptée est un aspect essentiel pour le futur de nos réanimations ; la polyvalence des métiers susceptibles d'exercer la réanimation est la clé de voûte d'un système sanitaire réactif.

Définir une stratégie claire

Cette pandémie nous a appris à bénéficier d'espaces situés au sein des hôpitaux mais hors des unités de soins critiques permanentes, les « unités de soins critiques éphémères ». La conversion et l'utilisation rapides de ces espaces ont permis d'augmenter la capacité des unités de soins critiques de 50 % à 95 % en quelques semaines.

Il est essentiel de noter que, bien que ces espaces n'aient pas été conçus à l'origine pour accueillir les soins intensifs, la prise en charge des patients qui y ont été accueillis a été similaire. Il est donc indispensable de définir, au sein de chaque clinique ou centre hospitalier actuel et futur, une stratégie claire pour convertir et mobiliser des espaces polyvalents consacrés aux soins critiques le

cas échéant, tout en préservant le maximum de l'activité habituelle.

Enfin, la recherche médicale et paramédicale est la pierre angulaire d'un système de soins qualitatif. Celle-ci doit être soutenue et axée sur l'optimisation du parcours des patients pendant et hors des crises sanitaires, permettant la rationalisation des admissions en soins critiques. L'accès à la réanimation doit être vu comme un soin de dernier recours, très agressif et invasif, qu'il s'agit de prévenir. La recherche doit permettre de développer des outils permettant d'identifier rapidement les patients à risque de détérioration et d'éviter celle-ci. En ce sens, l'intelligence artificielle permettant la détection des patients à risque, la formation du personnel à la reconnaissance précoce de la détérioration clinique, la création d'équipes de réponse rapide sont autant d'outils devant être développés.

Réduire la problématique multidimensionnelle de l'accès à la réanimation à la seule question du nombre de lits est une vision simpliste. Une réorganisation innovante des soins critiques est nécessaire. Elle doit reposer sur la flexibilité de l'espace qui les accueille, la polyvalence du personnel qui les anime et le dynamisme de la recherche pour faire face aux crises futures. ■

Premiers signataires :

Pierre Albaladejo, vice-président de la Société française d'anesthésie et de réanimation (SFAR); **Hervé Bouaziz**, président de la SFAR; **Marie-Laure Cittanova**, administratrice de la SFAR; **Etienne Fourquet**, président du Syndicat national des anesthésistes réanimateurs de France (SNJAR); **Lamia Kerdjane**, vice-présidente du SNJAR; **Marc Leone**, secrétaire général de la SFAR; **Sébastien Mirek**, praticien hospitalier, médecin anesthésiste-réanimateur - CHU Dijon-Bourgogne; **Stéphane Petit-Maire**, administrateur du SNJAR; **Julien Pottecher**, président du Collège national des enseignants d'anesthésie et de réanimation; **David Tonon**, administrateur du SNJAR; **Franck Verdonk**, président du SNJAR. Liste complète des signataires sur Urzl.fr/flpr