



MINISTÈRE DES SOLIDARITES ET DE LA SANTE

Le Médiateur National

Rapport à l'attention de
Madame Agnès BUZYN
Ministre des Solidarités et de la Santé

Situation du CHU de Grenoble

Edouard COUTY
Médiateur National

Le suicide d'un jeune neurochirurgien sur son lieu de travail, au bloc opératoire, au CHU de Grenoble a profondément marqué tous les professionnels de cet établissement. Ce drame a fait émerger les situations d'autres professionnels en difficulté, quelques-unes de ces situations ayant été, par ailleurs, signalées au médiateur national.

La mission confiée par lettre en date du 3/11/2017 consistait à établir rapidement un diagnostic sur la situation du CHU de Grenoble au regard des difficultés rencontrées par certains praticiens et des situations de souffrance au travail dans certains services.

Au cours de trois journées de présence plus de 30 personnes ont été auditionnées.

Une restitution orale des premiers constats et de certaines recommandations a été faite le 28 novembre d'abord devant la gouvernance médico-administrative du CHU : Direction générale, présidence de la CME, directeurs d'UFR et direction générale de l'université, puis devant la gouvernance et l'ensemble des personnes rencontrées toutes membres des équipes médicales concernées : neurochirurgie, blocs opératoires, néphrologie et réanimation médicale.

L'établissement d'un diagnostic détaillé accompagné d'une analyse fine des causes des difficultés rencontrées aurait demandé des investigations plus longues et un temps d'analyse plus conséquent.

Pour répondre à la demande dans les délais impartis, ce rapport relate quelques constats constituant les éléments d'un diagnostic, d'abord sur la situation des services dans lesquels des difficultés sont connues puis de manière plus générale sur le fonctionnement institutionnel. Ces éléments diagnostics seront suivis de quelques recommandations qui pourraient éclairer les actions à venir.

I) CONSTATS

I).1 Les services rencontrés :

I)-1.1 Neurochirurgie et blocs opératoires :

Le docteur Laurent S. qui venait de signer, le 25 octobre, son contrat de praticien hospitalier soit quelques jours avant son geste fatal, occupait au sein du service de neuro chirurgie une position exceptionnelle, on dit qu'il « *portait la neurochirurgie* ». Les tableaux de garde montrent un très fort investissement de sa part en plus de sa présence quotidienne sur des plages horaires étendues, par ailleurs ses activités opératoires étaient très importantes, il assurait le plus gros volume d'activité dans ce service.

Il était très apprécié par les patients et les parents de jeunes patients qu'il prenait en charge et par les praticiens des établissements périphériques qui l'appelaient pour des conseils, il était également très aimé de tous les professionnels avec lesquels il travaillait et apprécié de la plupart de ses confrères au CHU. Sa grande disponibilité pour tous et à tout moment est unanimement saluée. Ses obsèques ont été un grand moment d'émotion pour les très nombreux professionnels présents, sa disparition a profondément traumatisé les équipes proches et au-delà tous les jeunes étudiants, internes, CCA et PH de l'établissement.

Fils d'une infirmière, aujourd'hui retraitée, et d'un infirmier du CHU, le décès de son père dans la salle de déchoquage, proche du bloc opératoire, à la suite d'un accident l'a certainement marqué.

Ayant toujours baigné dans l'atmosphère professionnelle d'hospitaliers, l'activité hospitalière et le soin constituaient le sens de son engagement au service des autres à un stade certainement très élevé. Cela se manifestait par une disponibilité et une activité exceptionnelles mais également par une très grande exigence vis-à-vis de lui-même et des autres professionnels.

La lettre qu'il a laissée montre, au dire des personnes qui ont pu en prendre connaissance, qu'il a été poussé par des motifs personnels. Il n'en reste pas moins que le choix du lieu a une signification.

Il apparaît que les responsables de proximité (service et pôle) ou institutionnels (CME, DG) n'ont pas eu connaissance de signaux ou d'appels de sa part dans les mois et les jours précédant le passage à l'acte.

Brillant chirurgien, ce jeune homme de 36 ans avait une ambition universitaire et préparait un passage devant le CNU d'anatomie. Chacun reconnaît sa rigueur et son exigence professionnelle, certains disent même que « *c'était un perfectionniste* ». Il a finalement renoncé à la présentation devant le CNU d'anatomie estimant qu'il était insuffisamment préparé et il a, semble-t-il, renoncé à entrer dans la voie hospitalo-universitaire. On peut raisonnablement penser que l'activité clinique considérable qu'il avait et sa très grande disponibilité pour les autres ne lui ont pas permis de se préparer comme il l'estimait nécessaire à une épreuve difficile. Ce renoncement a certainement été douloureux pour lui.

Par ailleurs et sur un plan organisationnel, ce drame a fait ressurgir les difficultés rencontrées lors de la mise en application de la décision de réformer l'organisation du bloc opératoire de l'hôpital nord qui comporte 35 salles dont 4 salles d'urgence.

La perspective de déménager dans 3 ans sur un nouveau plateau technique et dans un nouveau bloc opératoire en construction induira un changement radical d'organisation : les salles dédiées seront remplacées par des salles mutualisées : 14 salles pour les chirurgies réglées, 10 salles pour les chirurgies lourdes et 6 salles d'urgence. Cinq groupes travaillent actuellement sur la future organisation et sur le fonctionnement du bloc opératoire pendant les travaux.

Une première étape de réforme a été décidée et mise en œuvre en 2014 : passage des horaires quotidiens du personnels de 12H à 10h et fixation de la durée des vacations opératoires à 9h par jour. Malgré les groupes de travail et d'information, cette réforme a été mise en œuvre avec beaucoup de difficultés tant les personnels concernés, chirurgiens et infirmiers, étaient partagés ou réticents, la question a été évoquée lors de 22 séances du CHSCT. Après la mise en œuvre de cette réforme et devant les difficultés, une démarche de concertation et d'accompagnement a été récemment lancée sous l'égide de l'ARACT (agence régionale d'amélioration des conditions de travail) la première étape s'est mise en place début novembre 2017.

Le drame et sa forte dimension affective sont arrivés sur un terrain déjà ébranlé par une réforme vécue comme imposée d'en haut. Le traumatisme qui en résulte est profond. Il interroge, pour tous les professionnels concernés par le fonctionnement des blocs opératoires, le thème de la qualité de vie au travail. Pour ces équipes, cette question mérite une attention particulière : écoute, considération, concertation et accompagnement. Les groupes de paroles réunis à l'initiative de la cellule médico psychologique (CUMP) immédiatement après les évènements font ressortir un malaise peut être plus large, les personnels expriment leur souffrance ainsi : « *ce drame c'est l'hôpital de Grenoble* ».

Actuellement le service de neurochirurgie et le bloc opératoire sont dans une situation de forte tension, et de grande fragilité. La reconstruction en cours sera longue et demandera la plus grande attention. La démarche entreprise en novembre 2017 avec l'ARACT devrait contribuer à rétablir un climat plus serein et une association concrète des équipes concernées à l'organisation et au fonctionnement des blocs opératoires.

I)-1.2 Le service de néphrologie

Ce service a fait l'objet les 4 et 5 octobre d'un audit du CNU sous-section néphrologie, suite aux difficultés rencontrées par une jeune PUPH, le professeur G. nommée en septembre 2015 (premier poste de PUPH) venant d'un autre CHU. Madame G. dont la situation a été signalée en septembre 2017 au médiateur national par l'association Jean Louis Megnien, est arrêtée en maladie depuis le mois de mai 2017.

Le service de néphrologie connaît des problèmes de gouvernance importants, le chef de service « historique » ayant délaissé les questions de gestion du service au profit d'activités universitaires et surtout du suivi de l'activité d'une association de dialyse (AGDUC).

Peu de temps après l'arrivée du professeur G. un autre PUPH chevronné et disposant d'une forte notoriété internationale, le professeur R. venant également d'un autre CHU, a été nommé chef de service, l'ancien chef de service restant dans le service.

Le projet prévoit alors deux axes de développement, l'un orienté sur la transplantation porté par le nouveau chef de service, le professeur R. l'autre orienté sur la néphrologie et l'insuffisance rénale chronique porté par le professeur G.

Un conflit surgit alors entre les hospitalo-universitaires venus de l'extérieur (Les professeurs G. et R.) et les PH du service en place depuis plusieurs années et responsables de fait du fonctionnement quotidien.

Le professeur R. prend prudemment de la distance tout en ne cachant pas que s'il n'a pas la possibilité de diriger réellement le service et de déployer le projet pour lequel il est venu il repartira rapidement (ce que certains semblent souhaiter).

Le professeur G. s'engage totalement dans le changement qu'elle veut incarner. Elle le fait de manière parfois maladroite mais avec une grande conviction, cela lui vaut beaucoup d'inimitiés. Elle se heurte à de fortes résistances et le conflit éclate entre elle et les PH du service qui lui reprochent sa rigidité et son manque de dialogue tout en se comportant avec elle d'une manière qu'on pourrait qualifier de maltraitance. Madame G. après avoir vu la médecine du travail et consulté un soutien psychologique, s'arrête début mai 2017. Elle n'est pas revenue dans le service depuis.

Madame G. reçoit le dimanche 8 mai 2017 un mail de la DG du CHU, qui, alertée de la situation dans laquelle elle se trouve, l'assure de son soutien et lui promet d'agir afin que les choses ne restent pas en l'état. Ce message qui a constitué pour Madame G. un espoir ne semble pas avoir été suivi d'effets concrets malgré une réunion de « cadrage » avec les praticiens et cadres du service à l'initiative de la direction générale, du président de la CME et du doyen.

Au final le service de néphrologie, géographiquement divisé (3^{ème} et 14^{ème} étage) est également divisé au plan des pratiques, des équipes et des projets. Il n'a pas de cohérence, le CNU considère que ce service est balkanisé. Le chef de service, seul PUPH pendant des années, a délégué la gestion du service et des internes aux PH présents dans les 2 parties du service. Les pratiques et les organisations mises en place ne supportent pas les changements voulus par de nouveaux universitaires venus d'ailleurs. Madame le professeur G. est directement victime de ce processus.

I)-1.3 Le service de réanimation médicale

Il y a dans ce service un conflit aigu entre la chef de service PUPH (ancienne PH du service nommé sur place), un jeune PUPH arrivé d'un autre CHU en septembre 2015 (premier poste de PUPH) d'une part et les PH d'autre part, ces derniers bénéficiant de la confiance de leurs confrères des autres disciplines.

Madame le professeur S. chef de service, souhaite développer et apporter des changements dans son service, elle s'appuie sur le nouvel arrivant le professeur T. qui débute dans ses fonctions de PUPH.

Historiquement ce service a fonctionné plusieurs années sans hospitalo-universitaire (1999/2004) l'arrivée d'un PUPH en 2004, le professeur Tt., avait déjà soulevé des problèmes. Monsieur Tt. avait alors évité un conflit frontal en privilégiant l'enseignement et la recherche avant son départ de Grenoble en 2012. Un deuxième poste de PUPH créé en 2012 permet de nommer PUPH le docteur S. actuelle chef de service qui reste seule universitaire du service jusqu'en 2015.

Le professeur T. qui prend son poste de PUPH en arrivant à Grenoble, souhaite observer le fonctionnement pendant un an avant de formuler des propositions d'évolution pour le service. C'est donc fin 20016 et début 2017 que ses propositions sont formulées, elles se heurtent presque immédiatement à une vive opposition des PH du service malgré un soutien constant de la chef de service. Comme sa jeune collègue de néphrologie le professeur T. a peut-être manqué de tact et certainement d'expérience mais cela ne suffit pas à expliquer la rudesse et la violence de ce conflit aggravé par des rumeurs destinées à déstabiliser le professeur T. En cette fin d'année 2017 ce conflit a pris une acuité telle que le service ne pourra retrouver un fonctionnement normal qu'après des départs.

En septembre 2017, considérant cette situation de forte tension le Pdt de la CME et le doyen mandatent des médiateurs locaux, le professeur D. réanimateur pédiatrique et le docteur D. anesthésiste réanimateur cardio vasculaire et thoracique, pour trouver une issue à ce conflit qui bloque le fonctionnement du service (lettre de mission du 28 septembre). La restitution de cette mission a eu lieu le 15 novembre. Il semble que la recommandation principale qui consiste à trouver un volontaire pour assurer la direction provisoire du service n'ait pas permis d'apaiser le conflit et ait contribué à déstabiliser un peu plus la chef de service.

Il est clair que ce conflit rejaillit sur la prise en charge des malades et sur l'ensemble des professionnels du service cadres et infirmiers notamment au point de cliver les équipes et de générer de la souffrance au travail.

Cette situation délétère n'est pas acceptable et ne peut pas durer.

I)-1.4 Autres difficultés

Au cours de la mission d'autres conflits, maltraitance ou cas de souffrance au travail ont été signalés dans d'autres services du CHU sans que ces situations aient pu être explorées afin de s'assurer de la réalité ou de l'acuité des problèmes. Des praticiens hospitaliers en souffrance dans différents secteurs (neurologie, biologie, pharmacie, service qualité, odontologie....) ont fait état de difficultés de communication, d'absence de considération ou de participation voire de harcèlement moral sans que cela ait été formellement établi par la mission faute de temps.

Par ailleurs la médiation nationale a connaissance des situations problématiques de deux PUPH. Pour l'un, pharmacien biologiste immunologue, La direction générale, le directeur de l'UFR de pharmacie et le président de la CME ont été sensibilisés à la nécessité d'apporter un soutien institutionnel dans la perspective d'une relocalisation pour le temps d'enseignement et de recherche et pour l'autre, oncologue, l'avis sur l'aptitude au service donné par un prochain comité médical est attendu.

Enfin des praticiens en difficulté ont adressé des messages directement au médiateur national car ils ne souhaitaient pas être auditionnés sur place, ni passer par l'administration pour avoir un rdv.

I)-2 Considérations générales sur le fonctionnement institutionnel.

Tous ces éléments conduisent à s'interroger sur le fonctionnement institutionnel et le mode de management par la gouvernance du CHU : DG, Pdt CME, Doyen.

I)-2.1 un décalage trop important entre le discours institutionnel et la réalité du terrain. Une communication de mauvaise qualité.

Les responsables sont très attachés à la concertation, et déclarent porter une grande attention aux difficultés des services dans un environnement économique et financier très contraint. Il faut cependant constater que les informations passent mal entre le sommet et la base, entre les responsables institutionnels et les services. De même la remontée des informations, des problèmes ou des difficultés du terrain vers les responsables se fait mal. Ce problème de fluidité dans la circulation de l'information est essentiel et explique pour partie l'incommunicabilité, ou, à tout le moins, la difficulté de communication avec les responsables institutionnels, c'est aussi un obstacle à une concertation authentique et efficace. Lorsqu'un drame ou un conflit grave survient c'est souvent une surprise pour les responsables de l'établissement.

Cette mauvaise communication induit des incompréhensions et des réactions de perte de confiance ou même de défiance totale par rapport aux responsables institutionnels qui ont ensuite des difficultés à conduire les changements nécessaires.

Enfin cette mauvaise communication fait place à la rumeur dont l'effet destructeur et délétère est vérifié, surtout lorsqu'elle est dirigée contre des personnes.

Au CHU de Grenoble la rumeur circule vite et bien.

I)-2.2 un management très orienté vers les problématiques budgétaires

Certes les difficultés budgétaires justifient un management resserré, très attentif à la maîtrise des dépenses et à la production des recettes par une activité soutenue. Les contrats de pôles sont focalisés sur les moyens et la production d'activité. Les réunions de pôle, les dialogues de gestion portent quasi exclusivement sur les résultats financiers et la responsabilisation des équipes au regard de ces résultats.

Si les dimensions financières et d'activité sont justifiées et légitimes, il manque une attention particulière aux difficultés et aux souffrances des personnels (médicaux en l'occurrence), il manque un accompagnement et une gestion personnalisée des personnes en grande difficulté, il manque enfin une meilleure articulation entre médecine du travail, CME et direction.

On sait que plus les difficultés budgétaires ou organisationnelles sont grandes plus l'institution exige une grande disponibilité et une grande capacité d'écoute des responsables. Cela implique un très fort investissement et des temps de présence importants auprès des équipes. Il faut dans certains cas prévoir des interventions extérieures pour renforcer cet accompagnement, ce qui a d'ailleurs été fait pour le bloc opératoire mais seulement après avoir mis en place, avec difficulté, une importante réforme d'organisation.

Le discours gestionnaire, de rigueur, qui adopte souvent les mots (et les anglicismes) du management de l'entreprise n'est compris et admis que lorsque s'est instauré au préalable une

relation de confiance. Dans le cas contraire la défiance qui s'installe durablement est renforcée par ce discours et participe du caractère délétère du climat général dans l'établissement.

I)-2.3 Une organisation et un management très centralisés laissant peu d'autonomie aux acteurs sur le terrain.

L'organisation classique, traditionnelle, de l'hôpital est très hiérarchique, son management est très centralisé. Cela peut être renforcé dans un contexte financier difficile.

Face à ce mode de management et d'organisation les acteurs demandent plus d'informations, plus de transparence dans les décisions et plus de marges de manœuvre pour agir. S'ils acceptent que des objectifs exigeants leur soient fixés ils demandent à les discuter et à les négocier pour mieux les atteindre. Enfin ils demandent de la considération et une certaine reconnaissance des efforts accomplis. Faute de réponse à ces attentes ou à ces demandes les relations se tendent et des conflits éclatent.

Au final c'est la qualité du dialogue social et le climat général des relations dans l'établissement qui en pâtissent. A titre d'exemple on peut souligner que les 6 organisations syndicales présentent au CHU ont boycotté toutes les instances (CTE, CAPL, CHSCT) en mai et juin 2017 au motif de l'absence de concertation sur des décisions importantes et pour demander une amélioration globale du dialogue social. La reprise du fonctionnement des instances en octobre s'est faite dans un climat général de méfiance réciproque.

Outre le profond traumatisme créé dans les équipes concernées, il apparaît que l'évènement dramatique survenu le 2 novembre a révélé des défauts dans la gouvernance de l'institution qu'il convient de corriger rapidement.

II) RECOMMANDATIONS

II)- 1 Résoudre les crises au sein des services identifiés ci-dessus :

- Néphrologie : la direction générale, la CME et le doyen acceptent le départ du professeur G. avec son poste de PU et son poste de PH. Celle-ci pourrait rejoindre son ancienne université et son ancien établissement dans des conditions très favorables pour elle. Il faut donc engager la procédure de transfert des postes à l'université en lien avec l'enseignement supérieur et à l'hôpital via l'ARS Auvergne Rhône Alpes.

Pour ce qui concerne un PH de néphrologie pour lequel le CNU considère qu'il faut prévoir une sanction, il conviendra que la DG et la CME instruisent au fond et avec rigueur ce dossier avant de décider d'une éventuelle sanction après la tenue d'un conseil de discipline réuni, si nécessaire, à l'initiative du CNG ou une mutation interne ou externe. Ce praticien est actuellement dans une situation psychologique fragile après lecture de la totalité du rapport du CNU (rapport et ses annexes) le mettant en cause.

- **Réanimation médicale** : la situation est plus complexe, elle pourrait se résoudre par le départ d'un ou deux PH (mutation interne ou externe) en préparant avec minutie cette mobilité qui ne devra pas être vécue comme une sanction car les PH de réanimation jouissent d'une bonne réputation dans l'établissement. Concomitamment il conviendrait d'apporter un soutien personnalisé au professeur T. et au professeur S. chef de service, ce soutien devrait être assuré par un tiers extérieur avec au moins deux objectifs clairement affichés : aider à élaborer un projet de service et conforter le professeur S. dans ses fonctions de chef de service. Le soutien institutionnel sera là encore essentiel. La situation du service de Réanimation médicale pourrait éventuellement faire l'objet d'une médiation formelle qui, si elle réussit, acterait ce dispositif.

- **D'autres services ou spécialités ont fait l'objet de signalements.** La médiation nationale propose d'évaluer la situation des services et des personnes concernées et de les inclure si nécessaire dans le plan d'action global que les responsables hospitaliers devraient présenter dans les meilleurs délais.

- **Les autres dossiers individuels** ont été évoqués ils sont suivis dans le cadre de la médiation nationale.

II)-2 Préparer la venue des nouveaux responsables de service médicaux ou non, prévoir un accompagnement à leur prise de fonction et un suivi personnalisé pendant le temps d'adaptation.

Les responsables venant d'autres établissements, les jeunes promus dont c'est la première prise de responsabilité institutionnelle doivent pouvoir être accompagnés et suivis en cas de besoin. Ils doivent pouvoir identifier un interlocuteur en cas de difficulté et parler ou demander conseil en toute confiance. L'arrivée des professeurs G., R. et T. n'avait pas été préparée ils n'ont pas non plus été accompagnés ou conseillés après leur prise de fonction.

La venue de personnes « étrangères au CHU » formées ailleurs et prenant leur nouvelles fonctions doit être préparée de manière transparente et exacte : annonce, profil, objectif, projet. Un accompagnement et un suivi personnalisé, au moins pendant les mois suivant la prise de fonction doivent être possible, cette possibilité doit être connue de tous les nouveaux arrivants.

II)-3 Pour une plus grande attention aux signaux d'alerte mêmes faibles.

Les directions concernées (DRH et DAM en lien avec la CME) doivent proposer un système de veille pour percevoir les signaux d'alerte de manière à anticiper les conflits, garantir la confidentialité et établir des liens de confiance durables. Les directeurs adjoints délégués pour le suivi des pôles doivent être étroitement associés à cette veille.

En cas d'alerte le traitement individualisé et le suivi personnalisé avec si nécessaire un accompagnement spécifique doivent pouvoir être mis en place. A cet égard le travail en bonne articulation avec la médecine du travail et le psychologue du travail est essentiel.

II)-4 Faire évoluer le « style » du management

Le style du management qui maintient de manière permanente une certaine pression sur les équipes et qui priorise le résultat mesuré à l'aune d'indicateurs d'activité et de produits ou d'indicateurs de consommation de moyens doit s'infléchir, sans laisser de côté l'aspect économique et financier, vers un management plus orienté sur la confiance, la bientraitance et aboutir progressivement à un mode de management plus participatif. Cela demande plus de temps et beaucoup d'investissement personnel. Les responsables DG, président de CME, doyens doivent absolument veiller au respect et à la bonne application par tous et à tous les niveaux d'un principe simple : « dire ce que l'on fait et faire ce que l'on dit » en somme éviter de promettre l'impossible et tenir les engagements pris.

II)-5 Recréer une dynamique de projet et faire adhérer au projet d'établissement

Malgré ses difficultés le CHU est engagé dans une politique ambitieuse d'investissements, les financements à assurer exigent des efforts de tous. Dans le climat actuel les acteurs de terrain subissent et, pour certains, se plaignent alors qu'ils préparent pour leur établissement un avenir meilleur. C'est évidemment l'intérêt de tous les professionnels et l'intérêt des malades pour lesquels ils agissent quotidiennement que de faire progresser leur établissement par des investissements importants.

Il s'agit de retrouver des bases fondamentales :

- Le sentiment d'appartenance à un CHU moderne, dynamique, excellent. Cela passe par la mise en place d'une communication positive sur les efforts réalisés par chacun pour le bien commun et la reconnaissance de l'institution clairement manifestée par des actions, des mots et des symboles.
- La solidarité valeur fondatrice du service public hospitalier qui doit être fortement réaffirmée et montrée.
- Le respect de l'autre qu'il soit patient, collègue de travail ou collaborateur.

A cet égard l'exemplarité des responsables de tous niveaux : établissement, pôles, services est essentielle.

C'est sur de telles bases que doivent s'appuyer le corps du projet et la stratégie de l'établissement

Ce projet doit être largement partagé pour entraîner une nouvelle dynamique :

- Les difficultés ne pourront être surmontées que collectivement,
- Une concertation sincère et transparente permet de retrouver l'intelligence collective qui fait cruellement défaut.

C'est cette intelligence collective qui permet d'anticiper les conflits, d'améliorer la qualité de vie au travail et de réduire les souffrances.

Le projet d'établissement devrait comporter un volet consacré à la qualité de vie au travail pour tous les professionnels médicaux et autres avec des évaluations régulières de sa mise en œuvre. Il

conviendrait de mettre en avant comme orientation stratégique majeure le triptyque qualité des soins, qualité de vie au travail, efficience.

CONCLUSION

Au CHU de Grenoble, la CME, avec la médecine du travail, a commencé à mettre en place une sous-commission vie hospitalière pour aborder les situations conflictuelles dans le champs médical, la direction générale mesure l'importance d'une bonne qualité du dialogue social et d'une meilleure gestion des ressources humaines, une liste impressionnante de mesures relatives à la qualité de vie au travail a été écrite et intégrée au projet social.

Il demeure que c'est sur ces aspects qu'il conviendrait d'insister prioritairement car les mesures ponctuelles prévues: sous-commission de la CME et liste des mesures relatives à la qualité de vie au travail sont insuffisantes et inopérantes si elles ne sont pas accompagnées d'une mise en perspective plus globale basée notamment sur une approche différente des relations entre la gouvernance et les services avec un objectif prioritaire : rétablir la confiance et le respect pour adhérer à un projet et contribuer à le mettre en œuvre.

Enfin le concept de CHU recouvre les liens de l'hôpital avec l'université. La direction générale travaille en lien étroit avec les directeurs des UFR médecine, pharmacie, odontologie mais s'agissant des conditions de travail et des difficultés personnelles des PUPH, l'employeur principal qu'est l'université ne doit pas être laissé à l'écart et devrait pouvoir aider ou contribuer au règlement de certaines difficultés.

Les constats et les quelques recommandations qui précèdent conduisent à préconiser, pour la gouvernance du CHU de Grenoble, un solide accompagnement extérieur pour élaborer et proposer un plan d'action global et pour engager et conduire les ajustements nécessaires.

A PARIS

Le 30 novembre 2017

Edouard COUTY

Médiateur National

Pièces jointes : lettre de mission

Liste des personnes rencontrées



MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTE

La Ministre

Paris, le 3.11.2013

LC/IT P-D-17-026809

Monsieur,

Le suicide d'un médecin sur son lieu de travail au CHU de Grenoble a profondément marqué la communauté hospitalière et a fait émerger un certain nombre de difficultés dont j'ai été informée.

Je souhaite donc disposer rapidement d'un diagnostic sur la situation de cet établissement et sur la nature et la réalité des difficultés rencontrées.

Je vous demande de bien vouloir établir ce diagnostic. Vous vous rendrez à cet effet dans l'établissement et conduirez les investigations que vous jugerez nécessaires.

Vous me tiendrez informée de l'avancement de votre démarche dans les meilleurs délais.

Je vous remercie de votre disponibilité et vous prie d'agréer, Monsieur, mes sincères salutations.

Agnès BUZYN

Monsieur Edouard COUTY
Médiateur
14 avenue Duquesne
75007 PARIS