

LES CHU : UN DEMI-SIÈCLE AU SERVICE DU PROGRÈS MÉDICAL

En unissant le destin des grands hôpitaux régionaux et des facultés de médecine, les ordonnances Debré des 11 et 13 décembre 1958 créaient une institution originale : les centres hospitaliers régionaux et universitaires.

A leurs vocations sanitaires et sociales premières se sont alors ajoutées les missions d'enseignement et de recherche et avec elles, une exigence d'excellence.

LE RÔLE MAJEUR DES CHU DANS LE SYSTÈME DE SOINS FRANÇAIS

Devenus centres de référence dans presque toutes les disciplines, les CHU dispensent des soins très spécialisés et remplissent de ce fait une fonction de recours au niveau régional et souvent au-delà. Résolument situés aux avant-postes de l'innovation, les CHU ont permis à la médecine française de rayonner au plus haut niveau mondial.

A la fois promoteurs de santé, carrefour de savoirs, acteurs engagés dans la prévention et l'éducation à la santé, les CHU n'oublient pas non plus leur tradition humaniste ni leur rôle emblématique au sein de la cité...

Vous découvrirez dans les chapitres suivants toute la diversité de ces 31 établissements, leur contribution à la formidable odyssée de la médecine hospitalo-universitaire et leur précieux apport à l'évolution du soin et à la qualité de la prise en charge des personnes malades.

L'ALLIANCE ENTRE LES CHU ET L'UNIVERSITÉ

Voici près de 50 ans que les CHU et l'Université vivent en symbiose ; une relation privilégiée qui a favorisé le progrès des méthodes diagnostiques et thérapeutiques ainsi que leur diffusion. En effet, il faut reconnaître aux CHU le mérite d'avoir stimulé la recherche médicale et ses applications cliniques...

INTERVIEW de DANIEL MOINARD

Président de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU Directeur Général du CHU de Toulouse

1/ Pour répondre aux nouvelles exigences des patients, l'hôpital du troisième millénaire va-t-il renouer avec sa tradition humaniste ?

L'humanisme est le fondement de l'hôpital. Pour autant, l'hôpital n'a pas toujours eu cette vocation humaniste. Il fut aussi pendant des siècles un lieu d'enfermement recueillant ceux que la société voulait écarter : les pauvres, les fous, les prostituées, les enfants trouvés... Il faut bien reconnaître que le traitement de ces " pensionnaires " était inégal, souvent répressif. Il suffit de consulter le règlement intérieur des hôpitaux jusqu'à la fin de la première moitié du XX^{ème} siècle pour constater qu'il relevait plus du régime militaire que de préoccupations vraiment humanistes.

En réalité, jamais l'hôpital n'a été autant humaniste que depuis les progrès fulgurants de la médecine. La première charte du malade hospitalisé remonte au 20 septembre 1974, elle devient la charte du patient hospitalisé le 6 mai 1995 et le manuel d'accréditation de l'ANAES consacre neuf références aux droits et à l'information du patient. Quelle évolution !

Aujourd'hui, les droits du patient sont reconnus et respectés, les usagers sont représentés dans nos conseils d'administration ; la prise en compte de la douleur est devenue une préoccupation constante. Les progrès de la médecine et l'humanisme sont donc liés et ne peuvent être opposés.

2/ Dans un monde où la santé est devenue un capital à préserver et la " pleine forme " un modèle auquel aspirent toutes les générations, quelle est désormais la mission sanitaire du CHU ?

Le CHU comme l'hôpital en général est le bras séculier de la politique de santé. On sent bien aujourd'hui que la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche des CHU doit être

élargie à l'éducation sanitaire et à la prévention. Les CHU sont conduits à s'impliquer de plus en plus dans la mise en œuvre au plan régional des priorités de santé publique : la lutte contre le cancer, le diabète, le SIDA, l'hépatite C, le développement des transplantations, la prévention des maladies cardiovasculaires.

3/ D'expérience on sait que les processus d'innovation (qui jouent la rupture avec l'existant) sont généralement l'oeuvre d'individus, de petites unités souples et se développent à la marge plutôt qu'au centre. Dans ces conditions, comment les CHU qui, par essence, sont de grosses structures recherchant le consensus et la stabilité, peuvent-ils maintenir une ambition réaliste en ce domaine ?

Innovation et recherche sont liées. Lorsque l'efficacité d'une pratique, d'un processus, d'une molécule a été validée par la recherche, on entre alors dans le champ de l'innovation pour une diffusion progressive. On observe que l'innovation est d'autant plus efficace qu'elle résulte des travaux d'équipes pluridisciplinaires (médecins, scientifiques, chercheurs, économistes) ; les CHU ont à cet égard un partenariat privilégié avec l'INSERM. Les comités consultatifs de la recherche qui se mettent en place dans nos institutions associant l'INSERM, l'université, le CHU à travers la délégation à la recherche clinique, vont amplifier encore cette collégialité. Dans ce domaine aussi la principale difficulté tient surtout au financement de la recherche et de l'innovation. Dans un contexte de contraintes multiples (financières, sécuritaires, démographiques), comment les CHU vont-ils pouvoir continuer à être innovants alors que de plus en plus de ressources sont consacrées à l'activité de proximité (urgence, gériatrie...) sans cesse plus dévorante ?

4/ Les progrès combinés de la biologie et de la génétique moléculaire peuvent ouvrir la voie aux pires dérives eugéniques. Aujourd'hui, à l'heure de la révision des "lois de bioéthique" de 1994 les CHU ont-ils pris position pour prévenir ces excès ?

Les équipes des CHU s'emploient à respecter strictement les lois de bioéthique de 1994 dont la révision est effectivement annoncée depuis bientôt deux ans. Des dispositifs de veille juridique et d'assistance technique ont été mis en place dans nos institutions dans le cadre notamment des délégations régionales à la recherche clinique. Tous les dossiers sont instruits dans le respect de procédures où la collégialité et la pluridisciplinarité sont la règle. Souvent aussi, les CHU ont créé des comités d'éthique internes où les professions sanitaires, juridiques et les différents courants de pensée philosophiques et religieux sont représentés.

5/ En France l'inégalité des soins est à l'origine d'importants écarts de mortalité entre les régions. Quelles actions les CHU mènent-ils pour défendre le principe d'équité dans les prises en charge ?

Ce n'est pas tant l'inégalité des soins qui est à l'origine des écarts de mortalité que d'autres causes liées au chômage, la pauvreté, l'alcoolisme, la drogue... J. de KERVASDOUE dans le chapitre " Etat providence " de l'ouvrage " Notre Etat " de Roger FAUROUX et Bernard SPITZ dit que " *l'augmentation de l'espérance de vie ne devrait que 15 % à la médecine* ".

Quoi qu'il en soit, les CHU sont de plus en plus impliqués dans les projets garantissant l'accès aux soins de tous les citoyens. Ainsi, se sont-ils totalement engagés dans la mise en place de permanences d'accès aux soins découlant de la loi de 1998 contre les exclusions. Dans ces permanences le malade trouve un médecin, une assistante sociale, une psychologue, une infirmière... Certains CHU y ont intégré des équipes mobiles partant repérer ceux qui sont à la rue et qui ont perdu toute initiative personnelle même celle de se rendre à l'hôpital quand ils sont malades. Les CHU sont aussi en première ligne dans l'activité des urgences comme en témoigne la progression impressionnante et

problématique des admissions (de l'ordre de 8 % par an). En France lorsqu'un malade se présente à l'hôpital, on ne lui demande pas d'abord sa carte de crédit mais de quoi il souffre et on le soigne, quelle que soit sa condition sociale.

6/ Dans un souci de limitation des dépenses de santé et de rationalisation des soins, les CHU ont fermé plus de 10 000 lits en dix ans. Parallèlement ils se sont engagés dans d'importantes opérations de restructurations internes et ont initié de nombreuses coopérations inter-établissements. Ces nouveaux modes de fonctionnement préfigurent l'organisation sanitaire de demain. Quels en seront, selon vous, les traits saillants ?

Les CHU ont dans le domaine des soins une double fonction :

- celle d'hôpital général pour la population de proximité (le CHU est certainement dans la région le premier hôpital de proximité),
- celle de recours ou de référence pour les pathologies rares, lourdes, nécessitant un plateau technique très spécialisé et s'adressant à toute la population de la proximité et de la région.

Hors l'activité de recours, les CHU n'ont aucune vocation à accueillir tous les malades de la région. Là aussi, chaque fois que cela est possible, il faut que le malade puisse être pris en charge par l'hôpital le plus proche de son domicile. C'est l'application du principe de subsidiarité qui conduit à l'émergence de réseaux coordonnés mettant en relation par télé-médecine notamment, des équipes médicales et soignantes autour d'une pathologie (le diabète, l'hépatite C, les maladies vasculaires, la neurochirurgie...) d'un mode de prise en charge (hospitalisation à domicile, soins à domicile) ou d'une spécialité (urgence, maternité...). Cela implique pour les CHU une réorganisation profonde leur permettant d'assurer l'équilibre entre l'activité de proximité et de recours. A cet égard, ce que l'on a appelé au Québec le " *virage ambulatoire* " doit être considéré aujourd'hui comme une priorité dans nos projets médicaux.

7/ Faudra-t-il à terme envisager une nouvelle répartition des activités de pointe dans les CHU ?

On en prend le chemin comme en témoignent les travaux en cours dans l'élaboration de cartes sanitaires spécifiques à des activités lourdes et coûteuses : les greffes, la chirurgie cardiaque, la neurochirurgie, les grands brûlés...

De nouvelles spécialités vont exploser comme la thérapie cellulaire, la thérapie génique et les nouveaux médicaments qui vont en découler.

Le prix de toutes ces découvertes s'envole. Chaque CHU ne peut tout faire ; les CHU devront aussi se mettre en réseaux pour être plus efficaces, conduire des projets de recherche et des projets de soins d'une façon encore plus collégiale. Ceci implique une mobilité des équipes et sans doute aussi une adaptation des formations aux sites concernés suivant les spécialités qui y sont développées. C'est un bouleversement culturel qui s'annonce auquel nous devons nous préparer.

8/ La réduction du temps de travail suscite autant d'espoir que d'interrogations. Se pose notamment la question de la mise en place des 35 h dans un contexte de maîtrise des dépenses et de difficultés de recrutement des personnels médicaux et soignants ?

La réduction du temps de travail est une décision prise par les pouvoirs publics qui s'impose en elle-même. Les CHU ont pour la plupart achevé la phase de diagnostic. Il faut que les personnels comprennent que les 35 H ne peuvent s'appliquer à organisation interne inchangée. C'est l'occasion de tout remettre à plat pour un meilleur service rendu au malade. Les CHU sont pleinement d'accord avec les demandes exprimées par la Fédération Hospitalière de France pour les créations de postes et les moyens de financement. Les problèmes démographiques imposeront des solutions transitoires. Aujourd'hui nos écoles de formation tournent à plein régime. Pour les médecins le problème est plus délicat.

9/ Les CHU entretiennent des relations suivies avec des hôpitaux implantés dans tous les continents. Ils mènent aussi de nombreuses actions humanitaires dans les pays en difficulté. Ces interventions relèvent d'une certaine conception de l'entraide internationale et du développement durable. Quel rôle les CHU français doivent-ils jouer dans ce domaine ?

Les CHU sont de plus en plus présents dans les actions internationales. Des coopérations ont été initiées par les Conférences de Doyens avec le Vietnam, par exemple, et la Conférence des Directeurs Généraux avec le Brésil, notamment. Des jumelages institutionnels entre établissements existent faisant participer toutes les catégories professionnelles des CHU (médecins, infirmiers, gestionnaires, ingénieurs et techniciens biomédicaux). Certaines coopérations s'inscrivent dans le cadre de la politique internationale de la ville siège du CHU ou la région ; beaucoup sont d'origine universitaire. Les CHU souhaitent aujourd'hui une clarification et une coordination au plan national pour pouvoir développer d'une façon plus efficace, avec des moyens renforcés, des actions de santé publique. C'est une façon aussi de valoriser nos institutions, nos équipes et le système hospitalo-universitaire français dans le monde.

10/ Et sur notre continent, de quelle façon les CHU construisent-ils l'Europe de demain ?

La coopération avec l'Europe est beaucoup plus facile car les frontières sont tombées et les diplômes ont la même valeur. Intégrer dans nos équipes médicales des médecins européens pour occuper des fonctions d'attachés ne pose aucune difficulté. Au plan sanitaire, l'Europe de demain se constitue à grands pas à travers les grandes agences sanitaires européennes qui sont encore en devenir mais dont la création est inéluctable. Aujourd'hui de nombreux projets de recherche bénéficient de fonds européens. La mobilité des équipes est réelle. En décembre 2001, la Conférence des Directeurs Généraux se réunit à Strasbourg sur le thème de la coopération européenne.

LES GRANDES INSTANCES DES ÉTABLISSEMENTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

La Fédération Hospitalière de France

Fondée en 1936, la Fédération Hospitalière de France, qui repose sur l'existence de dix Unions interrégionales, réunit la quasi-totalité des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux publics et assure des fonctions de promotion, d'information et de proposition. Son importance nationale, son caractère fédérateur et sa vocation à représenter les institutions en font une structure résolument apolitique.

Dans un esprit toujours renouvelé d'animation du milieu, la FHF travaille en liaison étroite avec les multiples institutions à l'œuvre, parmi lesquelles la Conférence des Directeurs généraux de CHU. Ses missions de soins, de recherche et de formation placent naturellement le CHU au cœur du système de santé français. Les expériences collectées dans la Lettre du "réseau CHU" constituent, pour l'équipe de la FHF, une mine de renseignements fréquemment consultée sur Internet.

Les relations privilégiées qui se sont nouées peu à peu entre elles deux, ont permis bien souvent de parler d'une seule voix sur des sujets majeurs tels que, par exemple, la tarification à la pathologie ou la démographie médicale.

Il convient dès lors de se féliciter des liens entre la Conférence des Directeurs généraux de CHU et la Fédération Hospitalière de France car nous partageons le même objectif : la défense du service public.

*Gérard LARCHER, Président,
Gérard VINCENT, Délégué Général*

La Conférence des Directeurs Généraux de Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires

La Conférence des Directeurs Généraux de Centres Hospitaliers Régionaux et Universitaires est une émanation de la Fédération Hospitalière de France. Créée en 1970*, la Conférence rassemble les responsables des 31 établissements hospitalo-universitaires de France. La Conférence intervient pour améliorer le service rendu au malade et le fonctionnement des CHU. Elle remplit un devoir d'information auprès des autorités de tutelle, au premier rang desquelles la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, sur les conditions de mise en œuvre de la politique de santé dans les CHU. Le cas échéant, la Conférence fait valoir son devoir d'alerte lorsqu'elle a la conviction que les CHU ne sont pas en mesure d'appliquer les directives prescrites. La Conférence assure également une fonction de veille réglementaire sur tous les textes en préparation ayant une incidence sur la gestion des CHR-CHU**. Enfin la Conférence coordonne son action avec la Fédération Hospitalière de France, la Conférence des Présidents de CME des CHR-CHU et la Conférence des Doyens.

La Conférence est désormais reconnue par le législateur comme une force de proposition et d'analyse.

Le nouveau bureau a défini en avril 2001 le programme d'actions suivant :

- identifier et recenser les besoins des CHR-CHU dont la portée justifie des financements spécifiques hors enveloppe régionale (activités innovantes et coûteuses, mise à niveau des investissements hospitalo-universitaires...);

*A cette époque Monsieur MARQUET, Directeur Général de l'Assistance Publique-Hôpitaux de Marseille a souhaité mettre en évidence les caractéristiques des CHU en créant une instance qui rassemblerait leurs responsables. Messieurs Halbout, Charlotte, Le Mauff, Couty, Vergnes et Moinard ont ensuite succédé à Monsieur Marquet à la Présidence de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU.

- élargir la réflexion stratégique des membres de la Conférence à certaines thématiques sensibles comme la régionalisation du système de santé, la mise en réseaux des CHR-CHU, l'évolution des modes de financement, évolution du management interne ;
- développer la formation en associant en priorité les bureaux de deux autres Conférences des Présidents de CME et des Doyens ;
- promouvoir les Assises Hospitalo-Universitaires ;
- améliorer les relations avec les usagers ;
- renforcer la politique de communication de la Conférence.

Les statuts de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU sont ceux d'une association de type loi 1901. Appréciée pour ses expertises, la Conférence contribue à la conception et à la mise en oeuvre des réformes en cours. Plusieurs commissions ont été constituées afin de déterminer une position commune à tous les membres.***

Le bureau de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU - élu le 12 avril 2001

Président	Daniel MOINARD, Directeur Général du CHU de Toulouse
Vice-Présidents (2)	Antoine DURRLEMAN, Directeur Général de l'AP-HP représenté par : Dominique DEROUBAIX, Secrétaire Général Paul Castel, Directeur Général, CHU de Strasbourg
Secrétaire Général	Jean-Pierre DEWITTE, Directeur Général du CHU de Poitiers
Secrétaire GI Adjoint	Christiane COUDRIER, Directeur Général du CHU de Reims
Trésorier	Guy RICHIER, Directeur Général du CHU de Saint Etienne
Trésorier Adjoint	Daniel MARIE, Directeur Général du CHU de Dijon

**** Participation aux groupes de travail du Ministère de la santé et du Secrétariat d'Etat à l'Industrie**

- > Groupes de travail "Chirurgie" et "Urgences"
 - "Chirurgie" : "Organisation graduée et coordonnée des soins en chirurgie" et "Chirurgie ambulatoire"
 - "Urgences" : "Urgences pré-hospitalières" (médecins libéraux), "Urgences pré-hospitalières" (SAMU / Centre 15 / SDIS...) et "Accueil et prise en charge aux urgences et filières de soins"
- > Projet de refonte des applications comptables du secteur public local
- > Groupe de travail sur l'organisation des soins pour les personnes atteintes de mucoviscidose
- > Groupe de travail sur les relations entre l'hôpital et l'université
- > Groupe de travail sur l'organisation des soins palliatifs
- > Groupe de travail "Nomenclatures budgétaire et comptable"
- > Groupes de travail "Chirurgie cardiaque" : "Etude des besoins, territoires pertinents, nouvel indice", "Conditions techniques de fonctionnement, ressources, évaluation", "Chirurgie cardiaque infantile"
- > Groupe de travail "Guide méthodologique d'aide à la planification en réanimation"
- > Groupe de travail sur la fonction achat dans les hôpitaux
- > Groupe de travail "Structures Régionales de l'Informatique Hospitalière"
- > Autres groupes de travail : "Analyse financière hospitalière", "Préparation du basculement définitif à l'euro au 01/01/2002", MEEF - Réseau d'alerte hôpitaux
- > Comité de pilotage "Pôles de soins pour les personnes sourdes"
- > Comité de pilotage de l'expérimentation concernant l'amélioration de la prise en charge des malades dialysés
- > Comité de Pilotage sur les achats hospitaliers (Secrétariat d'Etat à l'Industrie)
- > Comité de Pilotage "PARHTAGE" : Groupe "Statistiques, Groupe "Moyens financiers et personnels", Groupe "Structure/Activité"
- > Comité de Pilotage sur l'aménagement et la réduction du temps de travail
- > Comité de Pilotage "Hospitalisation à Domicile"
- > Comité de Pilotage "Grands brûlés"
- > Comité de Pilotage "Tarification à la pathologie"
- > Comité de Pilotage "Chirurgie cardiaque"
- > Conseil Scientifique de l'ANAES (section de l'accréditation)

- > Conseil Supérieur de la Fonction Publique Hospitalière
- > Comité Scientifique / Programme national de lutte contre le cancer (DH)
- > Comité de suivi du programme national de lutte contre le cancer (DGS)
- > Comité National de suivi des SROS
- > Comité d'orientation "Programme National Nutrition Santé"
- > Mise en place d'un Comité d'Organisation de la Coopération Hospitalière Internationale
- > Réforme du Code des Marchés Publics
- > Etude Recherche Bilan Social

***Les commissions spécialisées de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU

I - Commission des Affaires Financières

Responsable : Jean-Pierre DEWITTE

Les travaux de cette commission sont orientés sur l'actualité des finances hospitalières en lien avec les dossiers de la campagne budgétaire, l'actualité comptable, l'actualité fiscale et la gestion de la trésorerie, sans oublier le passage à l'EURO.

Parmi les réalisations les plus marquantes figurent :

La constitution dès l'origine du PMSI, d'une banque de données médico-économiques de toutes les activités des CHU et la gestion d'une base de données comptables et financières.

Les thématiques permanentes concernent :

La refonte de la tarification des établissements de santé, des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes.

Le suivi des prescriptions liées à l'activité médicale, et tout particulièrement les impacts financiers des innovations diagnostiques et thérapeutiques coûteuses.

II - Commission des Affaires Médicales

Responsable : Pierre RAYROLES

Suppléant : Gérard DECOUR

III - Commission Architecture - Ingénierie - Logistique

Responsable : Bernard. ROEHRICH

Suppléant : Christiane COUDRIER

Architecture

Les réalisations récentes : Guide pratique " sécurité technique et environnementale "

Projection sur 5 ans des investissements immobiliers des CHU (constructions nouvelles et réhabilitations)

Les études en cours :

Organisation de la maîtrise d'ouvrage dans les CHU

Les nouveaux métiers de l'ingénierie et de la construction
Elaboration d'un cahier des charges pour la mise en concurrence du marché de l'électricité

Achats et Logistiques

Réalisations récentes : Enquête sur les plates-formes logistiques

Guide de la fonction linge

Impact de la contractualisation interne sur les activités des services logistiques.

Etudes en cours

Participation aux travaux sur la réforme du Code des

Marché-procédures d'achats groupés

Démarche de certification dans les CHU

Enquête sur les projets en stérilisation

IV - Commission Effectifs - Emplois - Métiers

Responsable : Daniel MARIE

Suppléant : Jean LE CAMUS

Elle comprend la Commission des Directeurs de Ressources Humaine et la Commission des Directeurs des Services de Soins Infirmiers. Ces deux commissions travaillent séparément mais organisent une réunion commune par an et se retrouvent selon les thèmes dans les groupes d'études spécialisés tels que l'Aménagement et la Réduction du Temps de Travail.

Commission des Directeurs des Ressources Humaines

Lieu d'échange entre ses membres, la commission fait régulièrement le point de l'actualité sur les questions de gestion des Ressources Humaines. Des études particulières ont été conduites en 2000 et 2001.

Etude sur les conditions nécessaires à la mise en place de la réduction du temps de travail à 35 heures.

En 1999, un premier groupe, travaillant en liaison avec le groupe d'études sur la réduction du temps de travail mis en place par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité a défini ce que devrait être un fondement juridique clair du temps de travail, ainsi que les règles devant présider à la préparation de la négociation.

Un deuxième groupe, comprenant également des représentants des Directeurs des Services de Soins Infirmiers a repris ces premières conclusions et a complété l'étude de 1999, en définissant les conditions clefs de la réussite du projet de réduction du temps de travail. Le document final, validé par la Conférence des Directeurs Généraux a fait l'objet d'une large diffusion auprès de toutes les instances concernées et auprès du Ministère.

Enquête et proposition pour accompagner l'augmentation des quotas de Formation dans les Instituts de formation en soins infirmiers :

Suivi des évolutions quantitatives formations d'infirmier et étude de leur impact sur le fonctionnement des Ecoles pour apporter des données à la Cellule Nationale d'Appui constituée au Ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Enquête sur les modalités d'application du protocole du 14mars 2000 dans les différentes régions.

Les travaux en cours : Outre la réflexion sur les 35 heures qui reprendra si nécessaire après parution des textes, trois groupes de travail viennent d'être mis en place sur les sujets suivants :

- évolution des filières statutaires suite au protocole du 14 mars 2001
- la santé au travail
- les modalités d'emploi et de statut des personnels de l'informatique.

Commission des Directeurs des services de soins infirmiers

Lieu d'échange et de réflexion, la commission des DSSI a travaillé avec les DRH sur les conditions de réussite du projet de rédaction du temps de travail.

Deux sous groupes ont également mené des études sur :

- l'évolution de la profession d'infirmière
- l'évolution des professions de cadre et de cadre supérieur.

V - Commission Communication - Culture - Relations Internationales

Responsable : Paul CASTEL

Suppléant : Jean-Jacques ROMATET

La commission communication s'est réunie pour la première fois le 2 décembre 1996, à l'initiative de Monsieur Pierre Le Mauff alors Président de la Conférence des Directeurs Généraux de CHU et Directeur Général du CHU de Bordeaux.

De 1996 à 2001, cette commission fut présidée par Guy Vallet, Directeur Général de Rouen.

Durant ces 5 années, une communication concertée entre la Conférence et les CHU a pu être développée, permettant d'élaborer en commun les dossiers thématiques suivants :

- l'étude comparative des questionnaires de satisfaction,
- un dossier présentant les multiples partenariats initiés par les CHU (partage des compétences médicales, des équipements, liens avec l'Université, avec les organismes de recherches, relations internationales...),
- un document sur la lutte contre les infections nosocomiales et sur l'interprétation des enquêtes de prévalence.
- la publication d'un ouvrage intitulé : " Le Management des CHU " aux Editions John Libbey en 1998.

La commission communication étudie toutes les demandes des journalistes de la presse nationale et spécialisée ; sur les thèmes d'actualité, la commission suggère que soit adoptée une position commune à l'ensemble des établissements hospitalo-universitaires.

Le passage à l'an 2000 a donné lieu à une communication harmonisée entre la Conférence des Directeurs Généraux et les CHU.

Enfin, l'annuaire des CHU publié pour la première fois en septembre 2001 a pu être rédigé grâce à la mobilisation de tous les membres de la commission communication.

En avril 2001, Paul Castel, Directeur Général du CHU de Strasbourg, devient responsable de la Communication.

Aujourd'hui les thématiques de réflexion portent sur l'innovation, la mise à niveau du patrimoine hospitalier, les 35 heures, les relations avec les usagers, les nouvelles technologies de l'information et de la communication. Une charte Hôpital/Média est également en préparation.

Relations internationales

Lieu d'information, cette commission dispose désormais de la liste des jumelages hospitaliers, permettant ainsi aux CHU de valoriser et de faciliter la coordination des activités. Dans cette perspective, des fiches techniques-types ont été produites portant sur les dons de matériels, les textes juridiques concernant les stagiaires et professionnels étrangers, les

conventions internationales. Les CHU ont été leaders dans le groupe de travail constitué par la FHF en 2000 sur le thème : " l'hôpital public et l'Europe " dont le rapport a été diffusé dans la Revue Hospitalière de France. Le 31 mars 2000, une journée européenne pour les Directeurs Généraux et leurs adjoints procédait de cette même volonté de développer l'information commune des CHU.

Perspectives

Afin d'accroître la présence européenne des CHU, une deuxième réunion européenne sera organisée en septembre 2001 sur le thème des programmes européens et des outils de la participation.

Répondant également aux souhaits des CHU d'accroître et de structurer les relations avec les pays développés et sans renier leur rôle majeur dans le développement, une démarche commune a été engagée vis-à-vis des associations des hôpitaux universitaires canadiens et belges. Elle se prolongera dans le cadre du Groupe des hôpitaux universitaires de la Fédération internationale des Hôpitaux à l'occasion du Congrès de Hong-Kong en mai 2001.

VI - Commission Qualité - Accréditation - Gestion des risques - Usagers - Affaires Juridiques

Responsable : Benoît LECLERCQ

La Conférence des Directeurs généraux de CHU a décidé la création d'une Commission Qualité Accréditation au cours de l'année 1997. Elle a été présidée successivement par Jean De Savigny, Secrétaire Général de l'APHP, puis par Benoît Leclercq, Directeur Général du CHU de NANCY depuis le 1^{er} juin 2000.

Cette commission qui regroupe l'ensemble des responsables qualité des CHU français a pour objectif de travailler sur les politiques qualité, la procédure d'Accréditation des établissements de santé et la gestion des risques hospitaliers.

Ses travaux se sont concrétisés par l'organisation d'un colloque interhospitalier qui s'est tenu à Lyon le 26 avril 2000. Ce colloque a permis de faire connaître les démarches qualité qui ont eu un impact en terme d'amélioration des résultats dans un ou plusieurs secteurs de l'Hôpital et selon les thématiques qui figurent dans le manuel d'accréditation.

Actuellement, la Commission, du fait de l'entrée en Accréditation de nombreux CHU, consacre au cours de chacune de ces réunions une demi-journée sur les démarches d'autoévaluation, les modalités de visite des experts-visiteurs, et au fur et à mesure de leur parution l'analyse des comptes-rendus d'accréditation.

Pour élargir sa vision et sa compréhension de la problématique qualité, la Commission Qualité reçoit régulièrement des représentants hors du champ sanitaire (par exemple RATP...)

La commission qualité oriente également ses travaux au-delà des thèmes déjà évoqués d'une part vers la gestion des risques (risque médical en particulier), l'analyse synthétique et comparative des comptes-rendus d'accréditation, l'analyse des processus, les documents.

La Commission a également mis en place un tableau de bord de l'Accréditation dans les CHU et CHR français.

Relations avec les usagers

Participation au Conseil de l'observation sociale des hôpitaux publics,

Organisation d'une conférence-débat régionale sur le thème : précarité, fin de vie : aspects éthiques,

Contribution à l'approche critique des dispositions du projet de loi de modernisation sociale concernant les droits des usagers.

VII - Commission Recherche

Responsable : Jean-Paul GUERIN

Suppléant : François GRATEAU

Réalisation d'une convention-type de surcoûts financiers entre les établissements hospitaliers investigateurs et les laboratoires industriels pharmaceutiques promoteurs des protocoles de recherche, ce qui a garanti une homogénéisation des rapports conventionnels entre la collectivité des Centres Hospitaliers Universitaires et le Syndicat National de l'Industrie Pharmaceutique (SNIP).

Rédaction d'un descriptif des obligations et procédures qui sont opposables aux hôpitaux lorsque ceux-ci sont promoteurs des études de recherche clinique, ce qui a permis de progresser dans le respect des bonnes pratiques.

VIII - Commission des Systèmes d'Information

Responsable : Guy RICHIER

Suppléant : Jacques GRISONI

Historique du groupe des DSIO de CHU

Groupe piloté par Benoît LECLERCQ puis Guy RICHIER, mis en place en 1999 à la demande de la Conférence des Directeurs Généraux après plusieurs échecs passés.

Il réunit 4 fois par an de 15 à 20 personnes DSIO de CHU autour d'un bureau (M. JUHAN de l'APHP, M. MEKLIZ de RENNES, Mme POURRIAS de TOURS, Mme TAMRABET de LILLE) et d'un coordonnateur T. COURBIS (MONTPELLIER) élus en 2000.

Les sujets déjà pris en charge par le groupe concernent

- le noyau et le socle commun des SIH
 - la comptabilité analytique médicalisée dans les CHU
 - travaux sur le Réseau Santé Social, les cartes vitales, les cartes de professionnels de santé
 - travaux du GMSIH
- La préoccupation de gestion est également présente dans les réflexions avec notamment des travaux sur "Le DSIO gestionnaire de ressources" et sur les "achats informatiques".

Le groupe a également entrepris des actions de lobby auprès de fournisseurs puissants.

Les résultats du groupe DSIO

- Création d'un site WEB et d'une base de données de benchmarking dédiée aux SIH, avec FORUM de discussion et enquêtes régulières.

- Mesure objective de la pénétration de la comptabilité analytique dans les CHU
- Obtention auprès d'ORACLE : d'une remise de 45% de remise exceptionnelle pour tous les CHU
- STATUTS personnels informatiques : bilan et rencontre avec la DHOS
- Travaux avec la DHOS sur le financement par pathologies, nouvelle SAE PARTHAGE...
- CNIL et accréditation : réflexion commune
- Centres support client : réflexion commune
- MICROSOFT : premiers résultats avec la reconnaissance d'une remise enseignement (13% parc)
- E-procurement : démarche commune DSE/DSIO

Le programme de l'année 2001

Un bureau qui se réunira de manière mensuelle

Un groupe plénier qui se réunira de manière trimestrielle

La continuité d'actions déjà engagée :

Relations maîtrise d'œuvre- maîtrise d'ouvrage

Mise en place PMSI-PSY

Suivi des travaux du GMSIH

La formation des DSIO

Elargissement avec la participation de la conférence des DSIO de CH

Rencontres avec les principaux acteurs du marché informatique de la Santé

La mise en place de groupes de travail rapporteurs pour la commission plénière:

Groupe de travail sur les négociations avec les principaux fournisseurs.

Groupe de travail sur l'e-procurement

Groupe de travail sur la mise en place de l'analyse des processus et la mise en oeuvre des ERP

L'ambition du groupe : faire reconnaître les enjeux S.I.H et pour cela

- sortir du seul "métier" informatique
- améliorer les actions de cohérence du S.I.H
- améliorer les ouvertures du S.I.H
- mettre en place des solutions informatique aide à la décision et à la stratégie

En terme de premier bilan, cette démarche collective est positive avec des résultats opérationnels réels mais ... groupe jeune par rapport à d'autres structures anciennes et mieux assises. Le groupe doit apprendre à travailler d'avantage ensemble. Des élargissements sont à prévoir dans les domaines plus médicalisés et dans les réseaux de soins mal couverts actuellement par les DSIO.

Groupes projets

• Régionalisation de la santé

Responsable : Gérard SACCO

• Mise à niveau des investissements hospitalo-universitaires

Responsable : Michel MOUJART

La Conférence des Présidents de CME de CHU

A l'image de la Conférence des Directeurs Généraux, la Conférence des Présidents de Commission Médicale d'Établissement (CME) des CHU regroupe dans une instance nationale la représentation institutionnelle des praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires des 29 CHU français.

La réunion mensuelle de la conférence permet aux présidents de CME de CHU de se tenir informés des projets du Ministère de la Santé en ce qui concerne les missions des hôpitaux, notamment universitaires et aussi de faire remonter à la tutelle nationale la perception qu'a la communauté médicale hospitalière de la situation des établissements. A cette occasion, ils peuvent évoquer entre eux les problèmes (organisationnels, budgétaires...) qui leur sont communs comme ceux qui sont plus spécifiques à une région ou à une spécialité. Ils peuvent aussi échanger sur les solutions à apporter.

Actuellement, la conférence des présidents de CME de CHU se trouve confrontée à une baisse inquiétante de la démographie médicale hospitalière mais aussi à la nécessité d'établir un fonctionnement en réseau avec les hôpitaux généraux de leur bassin de population. Elle s'efforce d'élaborer des solutions qui permettent de répondre à ce double défi.

Comme la conférence des Directeurs Généraux, la conférence des Présidents de CME de CHU se sent concernée par bien d'autres sujets. Citons à titre d'exemples : le développement de la qualité, la formation médicale continue, les équipements lourds ou le financement des innovations onéreuses.

*Pr Dominique GRIMAUD,
Président de la Conférence des Présidents
de CME de CHU,
Président de la CME du CHU de Nice*

La Conférence des doyens

Pas de CHU sans Faculté de Médecine : les deux établissements sont liés par une convention qui les associe étroitement pour l'enseignement et la recherche dans le domaine de la santé. C'est ainsi que les Facultés françaises trouvent leurs terrains de stages et que les enseignants peuvent assurer leur métier de médecin. Cette association née des Ordonnances de 1958, a été largement bénéficiaire, tant aux hôpitaux qui y ont gagné la permanence de médecins de qualité, qu'aux universitaires qui y ont trouvé un terrain propice aux innovations.

Depuis que Montpellier et Paris, à l'aube du Moyen-Age avaient accueilli les premières Ecoles de Médecine, les choses ont bien changé, il y a maintenant 44 Facultés et le dernier *numerus clausus* donne à 4 100 étudiants la possibilité d'accéder à la filière médicale. Ils passeront ainsi au moins une dizaine d'années dans nos établissements. Ce *numerus clausus*, et l'orientation permise par le concours d'internat, sont les instruments de la régulation de la démographie médicale. Tout indique que nous manquerons bientôt de généralistes et de certaines catégories de spécialistes : c'est donc maintenant que nous devrions augmenter les flux, mais nous n'avons, bien entendu, aucun impact sur la répartition géographique des praticiens et sur le choix de la nature de leur exercice.

En dehors de la recherche, la grande tâche des Facultés est la pédagogie et sa nécessaire adaptation. Actuellement de grands courants de réformes traversent les études. Certaines sont avancées : valorisation du troisième cycle de médecine générale, internat rénové, matières transversales au deuxième cycle. La réforme du premier cycle est encore en gestation. Mais surtout les méthodes pédagogiques se modernisent, la France rejoignant progressivement le courant des sciences cognitives en introduisant dans son enseignement les méthodes actives plus adaptées à la formation au raisonnement clinique.

*Pr Jacques ROLAND,
Président de la Conférence des Doyens
des Facultés de Médecine,
Doyen de la Faculté de Médecine de Nancy*

La Fédération de Cancérologie des CHU

Créée en 1997, à l'instigation de la Conférence des Présidents de CME des CHU, la Fédération de Cancérologie des CHU poursuit plusieurs objectifs :

Développer la visibilité de la Cancérologie hospitalière tant à l'intérieur des établissements qu'à l'extérieur. Le plus souvent éclatée entre différents services de spécialités d'organes, la Cancérologie n'apparaît pas toujours, vue de l'extérieur, comme une préoccupation essentielle des établissements alors qu'elle représente 15 à 20% de leur activité. Un regroupement de cette activité au sein d'une Fédération améliore inéluctablement la prise en charge en favorisant la pluridisciplinarité, grâce au rapprochement des équipes, et facilite la mise en place d'équipes de psychologues, de nutritionnistes, d'algologues indispensables aujourd'hui à une cancérologie dans laquelle le malade est pris dans sa globalité.

Développer des relations avec les partenaires dans le domaine de la Cancérologie que sont les Centres de Lutte Contre le Cancer et les structures privées. Un travail en commun à l'intérieur du " Cercle " a permis d'alerter les pouvoirs publics sur le problème du cancer et a conduit à la publication du " Plan Cancer ". Les nombreuses commissions mises en place travaillent à la définition des orientations futures et les CHU y sont largement représentés.

Développer les réseaux : sans des organisations internes fortes, les hôpitaux publics ont plus de difficultés à développer une véritable politique de réseaux avec les établissements voisins. Si les réseaux dépendent d'initiatives individuelles, leur succès est plus incertain que s'ils dépendent des établissements.

De ces trois premiers paragraphes découle l'objectif essentiel : la qualité des soins. Réseau interne fort, réseaux externes de qualité, pruridisciplinarité, collaboration entre les équipes sont une assurance de l'amélioration de la prise en charge.

Développer enseignement et recherche. Ces deux objectifs sont directement liés à tout ce qui précède et procèdent de la même démarche.

*Pr Jean CLAVIER,
Président de la Fédération
de Cancérologie des CHU,
Fondateur de l'Institut d'hématologie
et de cancérologie du CHU de Brest*

Les Assises des Hôpitaux Universitaires

Les 7^{èmes} Assises Hospitalo-Universitaires se tiendront à Montpellier les 15 et 16 octobre 2001. Elles associent les Directeurs Généraux et les Présidents de Commission Médicale des C.H.U, ainsi que les Doyens des Facultés de Médecine.

La thématique retenue cette année porte sur : " Le devenir des CHU : missions de base et nouveaux défis ".

Elle sera déclinée à travers les communications de trois groupes de travail à même de susciter réflexion, débats et propositions sur :

- l'équilibre entre les activités de proximité et de recours,
- l'innovation et la recherche,
- l'organisation et l'animation des formations adaptées aux besoins.

ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT DES CHU

Si les Centres hospitaliers universitaires disposent des organes classiques des établissements publics hospitaliers (directeur, Conseil d'administration, Comité technique d'établissement, Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail, Commission du service de soins infirmiers), les spécificités du CHU dans les trois champs des soins, de l'enseignement et de la recherche confèrent une place prépondérante dans la vie de l'établissement à la communauté médicale représentée par la Commission médicale d'établissement.

Les organes décisionnels des CHU, comme pour les autres établissements publics de santé, restent le Conseil d'administration (CA) et le chef d'établissement, appelé Directeur général dans les CHU du fait de la taille parfois importante des équipes de direction.

La composition du **Conseil d'administration** assure la représentation des principaux intérêts concernés par la vie de l'établissement. Elle comprend les élus locaux (le maire et conseillers municipaux de la commune de rattachement, les représentants des communes avoisinantes par rang d'attraction, des conseillers régionaux et généraux), des médecins hospitaliers, la représentation de la faculté de médecine, des membres du personnel hospitalier (représentant du personnel, représentant du personnel infirmier) et des personnalités qualifiées (issues de la médecine ou des professions paramédicales libérales). Deux représentants des usagers ont fait leur entrée au Conseil d'administration suite aux ordonnances d'avril 1996.

Organe délibérant des établissements publics de santé, le Conseil d'administration est présidé de droit par le maire de la commune de rattachement ou son représentant.

Les compétences du CA sont limitativement énumérées par les textes: on parle de compétences d'attribution. Selon le mode de contrôle exercé sur le domaine, on peut distinguer deux principaux domaines d'attribution: les délibérations soumises à l'approbation du Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation et les délibérations exécutoires de plein droit dès réception par le DARH et soumises au contrôle de légalité classique.

En tant que chef d'établissement, le **Directeur général** de CHU dispose de la classique double série de fonctions des chefs d'établissement hospitalier public: il est d'une part le représentant légal de l'établissement et son ordonnateur.

Il a la responsabilité de la conduite générale de l'établissement. D'autre part, il est l'exécutif du Conseil d'administration pour les domaines de compétence de cette instance.

- ☞ il détient un pouvoir exécutif pour ce qui est des 19 cas de compétence énumérés ressortant des missions du Conseil d'administration dont il prépare les travaux et assure le secrétariat.
- ☞ il jouit d'un pouvoir propre et d'une compétence générale sur tous les autres domaines de la vie de l'établissement: il a autorité sur l'ensemble du personnel dont il est le supérieur hiérarchique, il représente l'hôpital en justice et dans tous les actes de la vie civile, il est enfin le garant de l'ordre et de la discipline dans l'établissement.

La spécificité des CHU confère souvent par ailleurs aux Directeurs généraux un rôle de représentation de la communauté hospitalière à la fois au niveau local et au sein de leur région mais également auprès des institutions ou représentations nationales et internationales.

La **Commission médicale d'établissement** occupe une place prépondérante et spécifique dans le fonctionnement d'un CHU. Cette instance, qui vise à associer le plus largement possible le corps médical à la gestion et à la vie de l'établissement, reçoit un rôle délibérant en matière de choix médicaux de par la loi du 24 juillet 1987.

La composition de la CME assure la représentation de toutes les disciplines majeures des établissements (médecine, psychiatrie, biologie, anesthésie-réanimation, pharmacie, odontologie) et de tous les personnels médicaux (internes, attachés, personnels non titulaires) et assermentés (représentant des sages-femmes).

Un ensemble d'instances consultatives, créées par empilement successif reflètent la volonté du législateur d'associer plus étroitement certaines catégories de personnels à la gestion de l'établissement ou la priorité donnée à certaines questions de politique hospitalière ou de santé publique:

- ☞ Le **Comité technique d'établissement**, présidé par le chef d'établissement, joue le rôle d'un quasi-comité d'entreprise pour les établissements de santé. Assurant les représentations des différentes catégories de personnels hospitaliers, le CTE est consulté sur l'ensemble des orientations de la politique de l'établissement et sur le fonctionnement et l'organisation de l'hôpital.
- ☞ La loi du 23 décembre 1982 transpose aux établissements de santé public une instance créée par le Code du travail pour les entreprises du secteur privé : le **Comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail**. Il a pour mission "de contribuer à la protection de la santé et de la sécurité des salariés de l'établissement". Assurant la représentation des personnels non médicaux et médicaux et de la médecine du travail, le CHSCT procède à l'analyse des risques professionnels et propose des actions pour prévenir ces risques. Il donne un avis sur le règlement intérieur, sur le rapport annuel sur le bilan de l'hygiène, de la sécurité et des conditions de travail ainsi que sur le programme annuel et la prévention de ces risques. Il peut procéder à des enquêtes spécifiques et dispose d'un droit d'alerte en cas de situation jugée dangereuse.
- ☞ Création de la loi du 31 juillet 1991, la **Commission du service de soins infirmiers** vise à associer les acteurs du soin à la conduite générale de la politique de l'établissement. Elle est consultée sur l'ensemble des questions relatives à l'organisation des soins infirmiers et la prise en charge des hospitalisés dans le cadre du projet de soins infirmiers.
- ☞ L'institution d'un **Comité de lutte contre les infections nosocomiales**, dont les missions et la composition sont définies par le décret du 3 décembre 1999, symbolise la priorité donnée au niveau national à la lutte contre les infections nosocomiales. Il est notamment chargé d'organiser et de coordonner la surveillance continue des infections dans le CHU et promeut toute action de formation du personnel dans la surveillance et la lutte contre ce risque.
- ☞ Créée par le Décret du 27 janvier 1987, la **Commission d'activité libérale** est chargée de veiller au bon déroulement de l'activité libérale dans l'établissement et au respect des dispositions législatives et réglementaires la régissant. Modifiée par le décret du 25 avril 2001, la composition de la CAL associe à ce contrôle l'Ordre des médecins, les médecins de l'établissement, et les organismes de tutelle comme la DRASS ou les caisses de sécurité sociale.
- ☞ La **Commission d'appel d'offres** est la garante de la transparence et de la saine concurrence entre les fournisseurs. Elle est chargée de veiller au respect des règles de passation des marchés publics. La composition et les missions de la CAO ont été revues dans le nouveau Code des marchés publics de mars 2001. Elle est principalement chargée d'examiner les propositions des entreprises soumissionnaires, de vérifier que les dossiers déposés sont conformes aux exigences de la réglementation et de procéder à l'attribution des marchés.
- ☞ Enfin, innovation récente issue de l'ordonnance du 24 avril 1996, la **Commission de conciliation** est chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité hospitalière et de l'informer sur les voies de conciliation et de recours gracieux ou juridictionnel. Elle souligne la place grandissante accordée aux usagers dans les établissements de santé.

*Paul CASTEL,
Vice-Président de la Conférence des
Directeurs Généraux de CHU,
Directeur Général du CHU de Strasbourg*

LE FINANCEMENT DES CHU

I - Le cadre général

Depuis la loi constitutionnelle du 22 février 1996, le Parlement est appelé à voter chaque année une Loi de Financement de la Sécurité Sociale (LFSS) qui fixe notamment un cadre précis à la régulation globale des dépenses d'assurance maladie. Ce dispositif de régulation s'articule autour de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) qui correspond à l'ensemble des dépenses remboursées par les régimes de base de sécurité sociale pour la métropole et les départements d'outre mer.

Cet Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie (658,3 MdsF 100 357 188 047 € en 2000) principalement se compose de quatre agrégats faisant apparaître les quatre principaux secteurs producteurs de soins :

- les soins de ville représentant l'ensemble des prestations en nature exécutées en ville ainsi que les prestations en espèces incluses dans l'ONDAM (291,6 MdsF 44 454 133 426 € en 2000) ;
- les établissements sanitaires. Cet agrégat regroupe les dépenses des établissements sanitaires sous dotation globale, celles des autres établissements sanitaires publics et les honoraires du secteur public (260,8 MdsF 39 758 703 695 € en 2000) ;
- les établissements médico-sociaux correspondant aux dépenses des structures prenant en charge les personnes âgées et les personnes handicapées enfants et adultes (47,2 MdsF 7 195 593 614 € en 2000) ;
- l'agrégat cliniques privées comprenant les dépenses remboursées aux établissements de santé privés, hors honoraires médicaux (42,1 MdsF 6 418 103 626 €).

Dans un délai de 15 jours suivant la publication de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale, le gouvernement doit fixer le montant des enveloppes sectorielles relatives notamment aux dépenses hospitalières, à l'objectif quantifié national des cliniques privées et aux dépenses médico-sociales.

L'enveloppe des dépenses hospitalières qui recouvre les établissements publics de santé, les établissements privés de santé participant au service public hospitalier et dans une moindre mesure les établissements du service de santé des armées correspond au montant des dépenses dites encadrées pour ces mêmes établissements.

Le montant de ces dépenses encadrées, arrêté par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale comprend l'objectif prévisionnel des dépenses prises en charge par l'Assurance Maladie (Agrégat de l'ONDAM relatif aux établissements sanitaires publics) auquel s'ajoute le montant des dépenses couvertes par les produits de l'activité hospitalière, forfait journalier et ticket modérateur à la charge des patients ou de leur mutuelle (7 % en moyenne du montant total des dépenses encadrées).

Une fois déterminée, l'enveloppe des dépenses hospitalières est répartie par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité Sociale en dotations régionales limitatives en tenant compte des besoins de la population, des orientations des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, des priorités nationales ou locales de santé et en ayant pour objectif la réduction programmée des inégalités des ressources entre régions et établissements. A ce titre, un mécanisme de péréquation est utilisé pour déterminer le montant de chaque dotation régionale à partir de quatre indicateurs combinés : un indicateur de besoins théoriques de soins mesuré par les dépenses hospitalières par habitant hospitalisable, un indicateur de performance moyenne des établissements, mesuré par la valeur du point ISA (Indice Synthétique d'Activité) établie à partir des données du PMSI, un indicateur de flux des patients entre régions et un indicateur de besoin de santé mesuré par un indice comparatif de mortalité générale.

A partir de la dotation régionale qui lui a été notifiée, le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation arrête, dans un délai de 30 jours à compter de la publication de la Loi de Financement de la Sécurité Sociale les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes de chaque établissement, de même qu'il fixe le montant de la dotation globale de financement et les tarifs de prestations de ces mêmes établissements.

II - Quelques données chiffrées ¹

1) Situation des CHU au regard des dépenses de l'Assurance Maladie

- Loi de Financement de la Sécurité Sociale 2000	1 852,6 MdsF 282 427 049 334 €
- Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie 2000	658,3 MdsF 100 357 188 047 €
- Montant de l'enveloppe des dépenses hospitalières 2000 (hors soins de longue durée)	271,7 MdsF 41 420 397 983 €
- Montant des dépenses encadrées des CHU en 2000	94,7 MdsF 14 436 921 932 €
- Montant des Dotations Globales de Financement des CHU en 2000	87,8 MdsF 13 385 023 713 €

¹ Ces chiffres portent sur l'année 2000, dernier exercice budgétaire clos.

Pour l'exercice 2000, le montant total des dépenses encadrées des 31 CHU de métropole et des départements d'outre mer représente près de 35 % du montant de l'enveloppe des dépenses hospitalières 2000 hors soins de longue durée.

En outre, le montant global des dotations globales de financement versées par les organismes d'assurance maladie à ces mêmes établissements à hauteur de 87,8 MdsF 13 385 023 713 € correspond à 13,3 % de l'Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie fixé pour l'année 2000.

2) Situation des CHU au regard des données PMSI

Depuis 1995, le système d'allocation budgétaire des établissements publics de santé et privés participant au service public s'appuie pour les activités de court séjour sur un indicateur de performance moyenne des établissements, mesuré par la valeur du point ISA (Indice Synthétique d'Activité) établi à partir du programme de médicalisation des systèmes d'information.

Cette valeur du point ISA est calculée à partir des dépenses engagées par les établissements pour la prise en charge des malades ambulatoires et hospitaliers de court séjour et d'un volume d'activité obtenu par affectation au moyen d'une échelle nationale de pondération d'un nombre de points pour chaque séjour de patient classé dans un groupe homogène de malade.

A partir des résultats des données PMSI 1999 annexées au projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2000 (dernières données consolidées connues à ce jour), la valeur moyenne du point ISA des 31 CHU/CHR de France s'établit à 13,50 F 2,06 € pour une moyenne nationale calculée sur l'ensemble des établissements publics et privés financés par la dotation globale de 12,94 F 1,97 €.

Dans un contexte de comparaison des coûts avec les établissements financés par dotation globale et a fortiori avec les établissements privés à but lucratif, la relative supériorité de la valeur du point ISA des CHU par rapport aux autres établissements doit être pondérée en fonction par exemple des paramètres suivants :

- la prise en charge de pathologies nécessitant des consommations de ressources plus importantes dans les CHU et insuffisamment prises en compte dans l'échelle nationale de pondération (Echelle Nationale des Coûts). A ce titre, l'utilisation presque exclusive dans les CHU de techniques et thérapeutiques coûteuses n'est pas prise en compte dans l'échelle,
- l'absence de mesure des incidences financières d'une activité dépendant majoritairement de l'urgence ;
- l'absence de valorisation précise des conséquences de l'exercice de missions de service public...

*Jean-Pierre DEWITTE,
Responsable de la Commission
des Affaires Financières,
Directeur Général du CHU de Poitiers*

LES CHU : UNE OFFRE DE SOINS PLUS PERFORMANTE, PLUS EFFICIENTE

Pour s'adapter aux évolutions technologiques, rationaliser le parcours du malade tout en respectant les contraintes budgétaires, les établissements ont entrepris depuis une quinzaine d'années de vastes opérations de restructurations.

En l'an 2000, les 31 CHU comptent encore près de 200 établissements et pas moins de 2 700 services mais ce nombre diminue chaque année. En interne, on assiste à un rapprochement d'activités complémentaires ; les unités traditionnelles sont progressivement remplacées par des départements (180), des pôles (83) ou des fédérations (248) déterminés selon des logiques d'organes, de pathologies ou de populations spécifiques.

En externe, le souci de faciliter l'orientation des patients et la volonté d'assurer une continuité des soins ont conduit les CHU à multiplier les conventions (près de 2 500), les réseaux de soins (246) et de télémedecine (près de 100), les communautés d'établissements (près de 30), les groupements d'intérêt public (20), les filières (19) et les sociétés d'économie mixte.

Ces restructurations internes et externes ont également une incidence sur le nombre de lits et places. En dix ans les CHU ont fermé plus de 10 200 lits soit plus de 1000 par an ce qui correspond à la disparition de deux établissements de la taille des Hospices Civils de Lyon et du CHRU de Lille.

En 2000, on recense 91 367 lits contre 101 585 lits en 1990.

Dans le même temps le nombre de places passait de 5 055 en 1990 à 6 171 en 2000 soit une augmentation de 1 116 places en 10 ans (plus de 100 par an).

Les CHU : une force économique

Les 31 Centres Hospitaliers Universitaires français sont les acteurs économiques essentiels de chacune des régions françaises, leur budget cumulé représentait en 2000 :

106 milliards de francs (16 159 595 827 €) soit un peu plus d'un tiers du budget des établissements publics et participant au service public hospitalier français. Ces éléments peuvent s'analyser comme une dépense collective pour la réalisation des missions de prévention, soin, enseignement, recherche.

Mais une lecture différente souligne le rôle d'acteur économique des CHU :

- employeurs, ils redistribuent 50 milliards de francs (7 622 450 861 €) de salaires,
- consommateurs, ils réinvestissent 30 milliards de francs (4 573 470 517 €) auprès de fournisseurs de biens et de services.
- contribuables, ils acquittent près de 10 milliards (1 524 490 172 €) de TVA et taxes sur les salaires et des cotisants, pour 15 milliards de francs (2 286 735 258 €) auprès des organismes de protection sociale. Notons enfin le rôle majeur des CHU dans l'investissement immobilier et mobilier : près de 7 milliards de francs (1 067 143 120 €).

Les CHU contribuent donc à la production de la richesse nationale et participent à la diffusion technologique, scientifique et culturelle du savoir médical sur le territoire national, et bien au-delà de nos frontières.

*Jean-Pierre DEWITTE,
Responsable de la Commission des Affaires Financières,
Directeur Général du CHU de Poitiers*

L'activité des CHU

Si les budgets n'ont progressé que de 3,9%, l'activité a augmenté nettement plus vite qu'il s'agisse des consultations, des urgences ou des hospitalisations.

	1995	1999	Variation 99/95 en %
ENTREES	2 344 144	2 453 228	5,3 %
CONSULTATIONS	16 269 048	19 317 436	18,7 %
URGENCES	2 607 908	3 118 759	19,6 %
NAISSANCES	111 873	119 834	7,1 %
Durée Moyenne de Séjour (en jours)	6,11	5,74	-6,1 %

De 1995 à 1999, les entrées en **hospitalisation à temps complet** ont connu une augmentation modérée (+5,3%), qui s'explique par le recours croissant à des prises en charge de très courte durée, hôpital de jour et chirurgie ambulatoire.

La forte augmentation **du nombre de passages aux urgences**, (+19,6%), s'explique non seulement par la qualité des moyens mis à disposition mais aussi par le changement de comportement des patients. En effet, le service des urgences apparaît de plus en plus comme le sas d'accès aux soins, en hospitalisation, mais surtout en consultations externes en particulier du fait de la gratuité des soins dans un contexte de paupérisation de certaines populations. Le secteur public supporte majoritairement cette intensification puisqu'il prend en charge plus de 91% des passages.

Le secteur des soins externes enregistre également ces dernières années une croissance spectaculaire avec (+ 18,7%) entre 1995 et 1999, ce qui confirme la très forte attractivité des CHU dans ce domaine. Ce phénomène est d'autant plus remarquable qu'il conduit à aggraver la situation financière des CHU dès lors que les consultations et soins externes sont sous-valorisés dans la péréquation budgétaire actuelle.

Enfin **l'augmentation du nombre de naissances** dans les CHU (+7,1% entre 1995 et 1999) est beaucoup plus élevée qu'en moyenne nationale (+2% sur la même période). La médicalisation de la grossesse et la mise en œuvre de techniques médicales de procréation assistée, de surveillance et de soins de plus en plus sophistiqués, expliquent le recours croissant aux CHU reconnus comme pôles d'expertise.

Après les très fortes réductions enregistrées au début des années 90, la Durée Moyenne de Séjour poursuit sa tendance à la baisse, de façon cependant plus modeste (-0,37 jours entre 1995 et 1999). Cette diminution rendue possible grâce à l'évolution des techniques a en particulier son origine dans la recherche de productivité qui s'est traduite notamment par des fermetures massives de lits.

*Guy VERGNES,
Directeur Général du CHU de Montpellier*

Les CHU jouent un rôle primordial dans l'activité de greffe d'organes

Le rôle des CHU est primordial dans l'activité de greffe d'organes, car ce sont les seuls établissements de santé habilités à pratiquer cette activité. De même, pour le prélèvement des donneurs d'organes, car 82% des donneurs ont été prélevés dans un CHU ou un CHR en 2000. Néanmoins, un effort doit être fourni pour augmenter le recensement des donneurs d'organes potentiels en état de mort encéphalique, afin de lutter contre la pénurie actuelle de greffons. Cet effort doit s'effectuer, d'une part dans les CHU, et, d'autre part, dans les centres hospitaliers au sein de réseaux inter-hospitaliers de prélèvement dans lesquels les CHU ont un rôle d'aide et de support auprès des centres hospitaliers.

Une situation similaire est observée pour les prélèvements et greffes de cornées. En 2000, 72% des cornées prélevées et 60% des cornées greffées l'ont été dans un CHU. Un effort doit aussi être entrepris pour augmenter le prélèvement qui, dans le cas de la cornée, n'est pas limité par la faible fréquence des états de mort encéphalique.

Dans le cadre de la greffe de cellules souches hématopoïétiques, les CHU ont une faible implication dans les prélèvements de ces cellules au niveau du sang périphérique, essentiellement effectués dans les établissements de transfusion ou les centres de lutte contre le cancer. Par contre, 87% des prélèvements de moelle osseuse, destinés à des allogreffes de cellules souches, sont réalisés dans les CHU. Pour les allogreffes de cellules souches hématopoïétiques, 80% sont effectués dans les CHU et 76% pour les autogreffes.

*Didier HOUSSIN,
Président de l'Établissement Français des Greffes.* 25

En 1999, l'Établissement Français des Greffes a dénombré 3017 greffes d'organes dont 2 857 greffes correspondant à des greffes d'un organe isolé (un seul greffon pour un seul patient) et 160 greffes d'organes qui correspondent à une double greffe (deux greffes chez un même patient)

GREFFES D'ORGANES		
REIN	1 842	
FOIE	699	
CŒUR	321	
POUMON	71	
CŒUR POUMON	28	
PANCREAS	49	
INTESTIN	7	
DOUBLES GREFFES D'ORGANES		
REIN / FOIE	20	
PANCREAS / REIN	49	
CŒUR / REIN	15	
FOIE INTESTIN	6	
AUTRES GREFFES		
CORNEE	4 157	
MOELLE	3 311	
dont AUTOGREFFES de MOELLE		2 529
dont ALLOGREFFES de MOELLE		782
VALVES CARDIAQUES	283	
TISSUS CUTANES	74	
ILOTS DE LANGERHANS	3	

L'effectif des CHU

Les CHU figurent parmi les principaux employeurs de leur région. Avec près de 70% de leur budget affecté à la rémunération des agents, les CHU apparaissent comme des distributeurs de pouvoir d'achat essentiels à la stabilité de l'économie locale. Au total les CHU emploient plus de 265 272 personnels équivalents temps plein soit 236 008 personnels non médicaux et 29 264 praticiens.

Pour répondre à leur triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, les CHU disposent d'un personnel aux compétences très diversifiées : on recense plus de 140 métiers à l'hôpital : Les médecins tout d'abord, tous spécialistes, couvrant toutes les disciplines médicales, chirurgicales, anesthésiques, biologiques et odontologiques. La plupart participent activement à l'enseignement et développent des programmes de recherche pour contribuer au développement des connaissances et des techniques médicales.

Le personnel non médical est traditionnellement réparti en quatre grandes filières :

- le personnel soignant et éducatif (68% du personnel) comprenant notamment les infirmiers, infirmiers spécialisés, aides-soignants et agents de services hospitaliers.
- le personnel administratif (12% du personnel) concourant à la gestion des établissements,
- le personnel médico-technique (7% du personnel) : techniciens de laboratoire, manipulateurs de radiologie...
- le personnel technique et logistique (13% du personnel) assurant les fonctions de maintenance, de sécurité et d'hôtellerie.

Pour accompagner les exigences toujours plus fortes de qualité, de sécurité, d'hygiène, ces 26 métiers évoluent tous dans le sens d'une plus grande qualification. En même temps, ils se diversi-

fient et de nouveaux métiers apparaissent : qualitiens, responsable de plateaux techniques, spécialistes de la logistique, ingénieurs en formation.

Ces évolutions essentielles pour l'avenir des CHU sont soutenues par un important effort de FORMATION.

La formation

Les CHU assurent en premier lieu la formation des personnels médicaux et pharmaceutiques, en partenariat étroit avec l'université. En 1999, 14 510 internes et 9 120 étudiants de 5^{ème} et 6^{ème} année ont appris dans les CHU leur métier de médecin. Les Centres Hospitaliers Universitaires disposent également d'Écoles formant aux nombreux métiers hospitaliers :

- soit en formation initiale : infirmiers, sages-femmes, aides-soignants
- soit en formation spécialisée : infirmiers anesthésistes, infirmiers de bloc opératoire, cadres de santé etc...

Ainsi, plus de 21 000 élèves ont été accueillis en 1999 dans les 262 centres de formation des CHU. Les élèves diplômés sortant de ces écoles vont ensuite exercer leur métier dans tous les secteurs de la santé, public, privé, libéral.

Ces écoles apportent ainsi une contribution essentielle au système de santé français en fournissant des professionnels compétents, adaptés à leurs missions et à l'évolution de leurs spécialités. Enfin, les CHU consacrent au moins 2,1% de leur masse salariale à la formation continue de leurs personnels. Les plans de formation établis chaque année par les établissements permettent de faire évoluer régulièrement la qualification des personnels et leur adaptation aux besoins. Par la promotion professionnelle interne, ils ouvrent également des possibilités d'acquérir à titre interne des niveaux supérieurs de qualification et l'accès à des diplômes du secteur sanitaire et social.

La diversité des métiers et des compétences, l'effort permanent de qualification et d'adaptation des personnels permettent aux CHU de garantir la mise en œuvre de soins spécialisés de haut niveau.

*Daniel MARIE,
Responsable de la Commission
Effectifs - Emplois - Métiers,
Directeur Général du CHU de Dijon*

La recherche : condition du progrès médical

Les CHU se sont résolument engagés en faveur du développement de la recherche clinique qui représente à la fois le progrès, l'innovation dans les méthodes diagnostiques et les stratégies thérapeutiques et l'évaluation des objectifs et moyens engagés.

La recherche bénéficie désormais de ressources propres à travers l'appel d'offres annuel ministériel (Programme Hospitalier de Recherche Clinique) et grâce aux crédits spécifiques relevant de choix stratégiques décidés par l'institution.

Ces mesures ont permis l'essor des PHRC qui sont passés en 5 ans de 164 en 1995 à plus de 530 en 2000 soit une progression de 200 %. De même le nombre de conventions conclues avec les laboratoires n'était que de 153 en 95 alors qu'il se compte aujourd'hui en milliers : 5 538 en 2000. Quant au soutien direct apporté par les CHU, il a favorisé la promotion interne de 1345 études en 1999.

Enfin, plus de 325 équipes ont été labellisées, 502 participent à des recherches internationales et ces dernières années, le nombre de publications dans Medline s'est envolé pour atteindre les 5 722 articles.

L'environnement de la recherche clinique, directement appliquée aux soins a donc beaucoup évolué en dix ans.

La recherche clinique est de plus en plus intégrée à l'activité de recherche à caractère fondamental (celle liée à la compréhension des mécanismes physiologiques et physiopathologiques) et à une activité de recherche située plus en aval, l'épidémiologie et la recherche en santé publique.

Considérée par les CHU comme un enrichissement de leur démarche stratégique, la recherche clinique est cependant subordonnée à la capacité des hôpitaux à poursuivre la politique de concertation avec les grands organismes de recherche et les autorités universitaires, et à offrir une logistique administrative et comptable propre à en garantir la dynamique.

*Jean-Paul GUÉRIN,
Responsable de la commission recherche
clinique,
Directeur Général du CHU de Nantes*

La qualité des soins

Les CHU se sont engagés dans une démarche qualité comprenant en particulier un travail d'auto-évaluation impliquant l'ensemble des équipes. Il s'agit là d'une étape préalable à la préparation à l'accréditation. Angers a été le premier CHU à recevoir la visite des experts de l'ANAES en janvier 2000 ; leur rapport a été mis en ligne sur le serveur anaes.fr en Janvier 2001.

Aujourd'hui la plupart des CHU ont programmé ces visites.

Parallèlement à ces audits, les CHU mettent en place des procédures d'assurance qualité et des dispositifs de vigilances et plus généralement des politiques qualité.

Ces nouvelles pratiques apportent une plus grande transparence dans les méthodes de travail et participent aux contrats d'objectifs entre les directions et les unités élaborés notamment à partir d'indicateurs de qualité. Quant aux vigilances (biovigilance, hémovigilance, pharmacovigilance, matériovigilance et lutte contre les infections nosocomiales), elles sont désormais mieux coordonnées dans le sens de la gestion du risque médical (iatrogénie). La surveillance porte aussi bien sur les incidents que sur les accidents avec complication médicale. Le signalement systématique du risque sanitaire et le suivi des mesures préventives sont des moyens efficaces pour éviter toute récurrence et améliorer la qualité des prestations.

La mobilisation générale des professionnels hospitaliers pour améliorer la qualité et la sécurité des soins, le souci de mieux prendre en compte les attentes des patients expliquent en partie le profond attachement des français à l'hôpital et la confiance qu'ils lui accordent.

*Benoît LECLERCQ,
Responsable de la commission
qualité-accréditation,
Directeur Général du CHU de Nancy*

La reconnaissance du patient- en tant que partenaire à part entière dans le processus thérapeutique

Aujourd'hui, à l'hôpital, le statut du patient a profondément évolué, de malade-cas, il est devenu un malade citoyen autour duquel l'établissement cherche à reconstruire son unité

Pour satisfaire les nouvelles attentes du patient, l'hôpital a réalisé des investissements très lourds. Dans des édifices datant parfois du moyen-âge, les chefs d'établissement ont demandé aux architectes d'imaginer des bâtiments plus fonctionnels, protégeant l'intimité, améliorant le confort et la sécurité de l'hospitalisé : les salles communes ont été remplacées par des chambres individuelles ou à deux lits, les halls d'accueil ont été redessinés, les salles d'attente se font plus accueillantes...

Les services de pédiatrie et les maisons de retraite ont bénéficié de l'aide de sponsors et de l'appui de la Fondation des hôpitaux de Paris-Hôpitaux de France.

L'organisation hospitalière s'est aussi assouplie. Les horaires des visites ont pu être élargis. Des **livrets d'accueil** ont été édités à l'intention des malades, complétés par un questionnaire de sortie leur permettant d'exprimer critiques et satisfactions.

Enfin, **la mise en place du dossier de soins** contribue à un meilleur suivi des soins, du traitement et de son évaluation en vue d'un éventuel réajustement.

Deux textes d'application reconnaissent une place prépondérante aux malades.

- Le décret du 31 octobre 1996 permet à deux représentants des usagers de siéger désormais aux conseils d'administration des hôpitaux publics.

- L'arrêté du 7 janvier 1997 définit la nature des informations générales qui doivent être communiquées au malade par le biais du livret d'accueil et oblige l'hôpital à diffuser un questionnaire de sortie aux hospitalisés.

Plaintes et réclamations

En moyenne le taux de plaintes est de 0,26%, ce qui pour un établissement comme Toulouse représente une plainte pour 385 entrées et celui des contentieux de 0,05% - ce qui pour un CHU comme Rennes représente un contentieux pour 1 668 entrées. Nous sommes donc loin d'une "américanisation" des relations entre l'institution et son public. Bien au contraire, les directions enregistrent même un accroissement des lettres de remerciement et de satisfaction.

- L'ordonnance du 24 avril 1996 stipule qu'une commission de conciliation assistera toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement. Cette commission est chargée de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose. En réponse à cette exigence, les CHU ont désigné les membres de cette instance ainsi qu'un Médecin conciliateur et son suppléant.

L'apport des associations

Près de 1000 associations de personnes malades ou handicapées sont quotidiennement présentes dans les CHU. Elles contribuent à l'humanisation des soins et à l'amélioration de la qualité de vie du malade à l'hôpital (permanences dans les services, visites au chevet du patient, écoute, soutien, diffusion d'informations...) et à son domicile (accompagnement personnalisé, aide dans les formalités administratives, proposition d'aides techniques...). Certaines d'entre elles jouent aussi un rôle moteur dans le développement de la recherche clinique avec pour objectif d'aider les médecins à prodiguer des soins mieux adaptés.

Les relations internationales

Les activités de soins, d'enseignement et de recherche des Centres Hospitaliers Universitaires français ont toujours pris en compte la dimension internationale. L'hôpital universitaire est un centre de formation pour les professionnels étrangers, un lieu de soins pour les patients étrangers, ainsi qu'un véritable laboratoire de recherche internationale ; la construction européenne n'a fait que renforcer et développer cette nécessaire ouverture.

L'importance de l'activité internationale des CHU est désormais reconnue. Elle couvre l'ensemble du monde : l'Europe avec les pays de l'Union européenne et ceux de l'élargissement (la Hongrie, la Bulgarie, la Bosnie, la Lettonie, la Pologne, la Roumanie, la Slovaquie) ; l'Asie avec notamment le Vietnam, le Cambodge, et aujourd'hui la Chine, l'Inde, le Népal ; l'Afrique avec les pays du Maghreb, de l'Afrique de l'Ouest, l'Afrique centrale et équatoriale ; le Proche et le Moyen Orient avec Israël, le Liban, la Palestine, la Jordanie et l'Irak ; les pays de l'Océan Indien, mais également les nations de

l'Amérique du Nord : le Canada et les Etats-Unis, de l'Amérique Centrale : Mexique et Nicaragua ; de la Caraïbe et de l'Amérique du Sud : Brésil, Argentine, Bolivie et Chili...

La contrainte économique a contribué à faire naître une nouvelle attitude à l'égard des partenariats hospitaliers. S'il s'agit toujours de valoriser l'hôpital universitaire comme lieu de formation et d'expertises dans tous ses domaines d'activité, la coopération internationale, et plus particulièrement le jumelage/partenariat hospitalier, originalité française, s'est professionnalisée.

Depuis une dizaine d'années, la Conférence des Directeurs Généraux de CHU a souhaité s'engager elle-même dans la sphère internationale en favorisant une réelle coordination mais également par la signature d'accords-cadres : un premier signé avec les représentants des Directeurs généraux des CHU/CHR algériens, un second avec les CHU brésiliens. Elle développe aujourd'hui ses liens avec ses homologues des pays francophones (Canada, Belgique) mais également du monde entier dans le cadre de la Fédération internationale des hôpitaux.

*Paul CASTEL,
Responsable de la commission des affaires
internationales,
Directeur Général des Hôpitaux Universitaires
de Strasbourg*

Les CHU et la promotion du savoir scientifique

Aujourd'hui, le malade ne veut plus subir sa maladie. Il aspire à une meilleure compréhension de sa pathologie et insiste pour être partie prenante dans les choix thérapeutiques. La jurisprudence suit cette évolution, puisqu'à l'obligation de sécurité et de moyen s'ajoute désormais l'obligation d'information.

Quant au grand public, l'actualité nous révèle quotidiennement son intérêt voire son attachement aux questions relevant de la santé et de sa préservation.

Dans ce contexte les CHU, par leurs missions de recherche et d'enseignement, ont un rôle éminent à jouer en matière d'accès, de promotion et de diffusion du savoir scientifique mais aussi de prévention et d'éducation sanitaire. Vitrines des nouvelles thérapeutiques et véritables laboratoires où s'étudie l'homme du XXI^{ème}, les CHU ont le devoir d'éclairer le citoyen sur l'état des connaissances et sur les enjeux fondamentaux des avancées médicales.

Pour satisfaire ce " désir de comprendre ", les CHU s'appuient sur la présence au sein de leur personnel des plus hautes compétences médicales, cliniques et universitaires. Ils instaurent des relations suivies avec les facultés, les instituts de recherche, les laboratoires pharmaceutiques, et démarche plus inhabituelle, se rapprochent des collectivités territoriales et des associations de personnes malades ou handicapées. Ces partenariats pluridisciplinaires créent les conditions d'un échange fructueux entre des experts qui maîtrisent une science et une société qui en espère les bienfaits. Et force est de constater que lorsque les thérapeutiques innovantes sont bien expliquées et commentées, les apports du progrès gagnent en visibilité et les patients sont mieux armés pour prévenir, combattre et maîtriser les pathologies.

Société de l'information oblige, la culture scientifique, autrefois limitée aux seuls initiés, se partage donc désormais avec l'ensemble du corps social. Cependant, il arrive que les innovations médicales, en créant des situations inédites, soulèvent des questions d'éthique et conduisent l'humanité à s'interroger sur son évolution.

Au travers de conférences, d'expositions mais aussi de formations et d'accompagnements de projets, les CHU ont développé une stratégie d'ouverture sur l'extérieur afin de faire connaître l'enjeu de leurs activités. Les nouvelles technologies de l'information sont les vecteurs privilégiés

de ces échanges destinés au grand public et notamment aux jeunes générations. Plusieurs CHU ont d'ores et déjà engagé une communication interactive dans le cadre de leurs pages info-santé sur leur site internet. D'autres initiatives sont à saluer comme les journées innovations qui présentent tous les deux ans les progrès accomplis par les équipes du centre hospitalier régional d'Orléans, CISMEF, le catalogue et index des sites médicaux francophones accessible à tous sur internet élaboré par le CHU de Rouen. Autre exemple, la réflexion sur le don d'organes organisée conjointement par les HCL et le rectorat de Lyon durant l'année scolaire 2000. Cinq Lycées de l'Académie de Lyon se sont portés volontaires pour que les classes terminales, sous la responsabilité de leur Professeur de philosophie, réfléchissent aux différentes questions que peut poser à un jeune l'acceptation ou le refus de faire don de ses organes en cas de mort brutale. Les élèves purent prolonger le débat hors du cours, avec leurs parents, mais aussi avec les médecins et chirurgiens des HCL capables d'apporter des éléments d'information (juridiques, médicaux, éthiques). Des élèves volontaires se sont rendus à l'hôpital pour assister, sur écran, à des opérations. Tout ce travail a permis de rédiger une dissertation de concours, comptabilisée parmi les travaux annuels de la classe.

Les conférences-débats du CHU de Poitiers qui répondent tous les mois aux interrogations de la population sur des thèmes de santé publique dans un souci de prévention et d'éducation exemple : l'hygiène dentaire de l'enfant, les affections psychosomatiques, le cannabis et les jeunes, les dons et greffes d'organes, la prévention des maladies cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle...

Le CHU ouvert sur la vie de la cité

Les CHU dans leur ville, représentent par leur histoire faite d'une longue tradition de soins charitables, progressivement transformés en un rassemblement de compétences médicales et de technologies performantes, une référence incontournable dans la mémoire collective des populations.

Considérés autrefois comme un lieu d'exclusion, les hôpitaux et les CHU du XXI^{ème} siècle ont pris conscience depuis ces dernières années qu'il fallait consentir des efforts d'ouverture sur la vie de la cité et ce notamment par des actions culturelles. Suite à la convention signée le 4 mai 1999 entre les Ministères de la Santé et de la Culture, les CHU se mobilisent pour intégrer au quotidien autour d'un véritable projet culturel, des actions en faveur des patients des personnels et du grand public grâce notamment à la valorisation du patrimoine et de l'histoire des hôpitaux.

Les actions culturelles peuvent être considérées comme une démarche qualité au service de l'humanisation de l'environnement hospitalier et de l'amélioration permanente des conditions de séjour du malade hospitalisé.

Elles ont de même vocation à renforcer le lien entre le passé, le présent et l'avenir à travers la mise en valeur du patrimoine architectural, mobilier artistique et documentaire, témoins d'un passé marqué par des progrès médicaux constants et ce notamment auprès de leurs personnels et du grand public. Les projets culturels des CHU confirment et enrichissent ainsi la mission d'accueil et d'hospitalité de l'hôpital tout en soulignant le rôle social majeur qu'il a toujours su occuper dans l'histoire de sa ville.

Les 31 C.H.R.U. de France

