

## Analyse

### Les valeurs fondatrices du CHU à l'épreuve du troisième millénaire

Pour introduire le dossier spécial dédié aux CHU, nous avons voulu définir le modèle hospitalo-universitaire français qui fascine tant nos interlocuteurs étrangers et rappeler les étapes qui ont marqué leur évolution. Gigantesques, complexes, élitistes, précurseurs et aussi porteurs d'humanisme, incarnation des principes républicains, perpétuels projets collectifs... , les CHU sont tout cela à la fois et bien plus en encore...

Impossible de les réduire en une formule ou à quelques statistiques au risque d'oublier l'essentiel, l'alchimie secrète qui fait leur exception et insuffle du génie à leurs équipes pour que chaque jour elles parviennent à repousser les frontières du curable. Fragiles car amarrés à une société en crise dont dépendent leurs financements, ils comptent malgré tout au panthéon des institutions les plus prestigieuses; celles qui offrent à l'homme la chance de sublimer sa condition; irremplaçables remparts contre le chaos de l'ignorance, de l'individualisme et des inégalités.

Riches d'un passé séculaire, les CHU entrent dans le 3<sup>e</sup> millénaire sans rien renier de leurs origines. Ni leur naissance marquée du sceau de la bienfaisance chrétienne, ni les lois de Rolland de 1938 qui gravent dans le marbre les obligations du service public d'accessibilité, de continuité, de non-sélectivité... , ni la triple mission de soin, d'enseignement et de recherche qui leur fut confiée en 1958, ni les nombreuses autres charges qui se greffèrent par la suite. Avec par ordre de délégation: l'éducation et la prévention pour la santé, la valorisation des découvertes (déjà 91 premières mondiales

à leur actif au 1<sup>er</sup> février 2013 et autant de sauts scientifiques), l'animation de réseaux, la promotion culturelle (1999), la réflexion éthique (loi de bioéthique 2004), le partage des compétences afin de garantir une répartition équitable de l'offre de soins voire tout simplement de la maintenir dans les territoires frappés par la désertification médicale (loi HPST 2010)...

En interne, le management a lui aussi connu de profondes transformations. En 1991, l'élaboration d'un projet d'établissement quinquennal est rendue obligatoire. Ce document engage solidairement la direction et le corps médical dans la fixation d'objectifs d'activité et la détermination des moyens correspondants. En 2004, le passage du budget global à la tarification à l'activité (T2A) qui lie le financement à la production d'actes, incite les hôpitaux à optimiser leurs prestations. En 2005, l'élaboration d'un état prévisionnel des recettes et dépenses oblige l'établissement à une analyse précise de l'évolution de l'activité. Ces mesures ont un impact sur les

organisations avec notamment la création de pôles pour rationaliser les processus de soins et mutualiser les ressources négociées dans le cadre d'une contractualisation (plan Hôpital 2007). Ces dispositifs poursuivent une même volonté d'améliorer la qualité et l'efficacité des hôpitaux. Dans un contexte de financement contraint, l'approche médico-économique devient chaque jour plus prégnante et plusieurs CHU doivent relever le défi d'un retour prochain à l'équilibre budgétaire. Ces contraintes ont pu déstabiliser les personnels qui voient dans les exigences de performance une menace pour les fondamentaux, pour la culture de leur service et la dimension relationnelle inhérente aux soins. Toutefois, efficacité et humanisme ne sont pas systématiquement antagonistes.

De profondes évolutions sociétales vont aussi influencer le fonctionnement des établissements comme l'avènement du consumérisme de santé; mouvement lancé en 1990 qui fut accompagné par un déve-



Marie-Georges FAYN  
Responsable de la communication  
de la Conférence des DG de CHU et  
éditeur de RéseauCHU et de  
MediasCHU

veloppement des dispositifs de participation des usagers au sein des hôpitaux. En 1996, les ordonnances du plan Juppé introduisent des «représentants des usagers» dans le processus de définition des politiques de santé et aux conseils d'administration des hôpitaux devenus conseils de surveillance. En 1999, les États généraux de la santé se tiennent dans toute la France et se concluent par la rédaction de la loi du 4 mars 2002. Ce texte marque l'avènement de la démocratie sanitaire. Il reconnaît les droits individuels et collectifs de l'usager, sa place centrale au cœur du système de soins et son nouveau statut de partenaire de soins (l'année des patients et de leurs droits sera célébrée en 2011). Pour répondre à leurs attentes en matière de transparence sur la qualité, la sécurité et sur les tarifs des soins, la presse se lance dans la publication de palmarès à n'en plus finir, le premier remontant à 1992 et le dernier à quelques semaines. Quant au législateur, il impose une procédure d'accréditation puis de certification par un organisme indépendant: l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé créée en 1998 est transformée en Haute Autorité de santé en 2004. Les résultats des contrôles sont mis en ligne (Icalin pour les infections nosocomiales en 2006, Platine pour les capacités des établissements, les résultats de la certification en 2007). Quant aux 68 critères d'activité, de qualité, d'organisation, de ressources humaines, de moyens financiers, ils se retrouvent sur Hospi Diag (2011). Évaluations qui alimentent à leur tour les palmarès des magazines.

Sollicités sur tous les fronts de la concurrence, du marché global des sciences de la vie, des appels à la coopération interhospitalière, des impératifs de qualité et de sécurité, les centres hospitaliers universitaires ne risquent-ils pas de brouiller leur position? Le palimpseste de la mémoire collective veut préserver les valeurs de charité tandis que

» **La loi du 4 mars 2002 marque l'avènement de la démocratie sanitaire. Elle reconnaît les droits individuels et collectifs de l'usager, sa place centrale au cœur du système de soins et son nouveau statut de partenaire de soins.**

le citoyen contemporain entend rajouter celles d'équité, de performance, d'innovation et de transparence. Le nom des CHU porte encore la réminiscence des valeurs refuges, d'assistance, d'hospice et d'hôtel-Dieu alors que leurs prouesses scientifiques les désignent comme les nouveaux campus hospitalo-universitaires et que leurs architectures se rapprochent des plates-formes futuristes tout droit sorties de films de science-fiction. D'aucuns les considèrent aussi comme les vitrines du dynamisme régional, comme des cités de la santé implantées au cœur ou en périphérie d'immenses métropoles. Et même si le public ne saisit pas très bien tout ce qui s'y fait, il confirme, sondage après sondage, son attachement à cette institution hors du commun. Il est rassuré par la traduction concrète des principes fondamentaux d'égalité d'accès sans condition de ressource, de continuité des soins, d'accueil des urgences 24h/24, de meilleur soin pour tous et plébiscite leur suprématie dans la plupart des spécialités, sa technicité, la pugnacité des chercheurs et leur contribution à la diffusion des connaissances et au progrès médical.

En 2013, le CHU continue à faire le grand écart, proposant simultanément les prestations d'un hôpital de proximité, remplissant une mission sociale, traitant toutes les pathologies et l'expertise d'un centre de référence ultraspécialisé, de recherche et de recours. Au risque de perdre toute visibilité voire son identité. D'où la réflexion initiée par la commission communication autour de la marque

«CHU» qui vise à exprimer l'âme et le cœur de ces piliers du système de santé à la française. Valeurs qui rassembleront le personnel autour d'un même label, renforceront l'attachement des usagers, le positionneront face au privé et conforteront sa réputation sur la scène européenne et mondiale.

Une démarche qui fait écho aux travaux d'anticipation conduits dans le cadre des Assises nationales hospitalo-universitaires de décembre 2012. Durant deux jours, les responsables, directeurs généraux, présidents de CME et doyens de facultés de médecine) ont dessiné ensemble le CHU de demain: un établissement plus ouvert et solidaire, qui se veut en phase avec les attentes d'un patient plus âgé, souffrant de maladies chroniques, désireux d'être mieux informé et de s'impliquer davantage dans les soins et les organisations. Avec pour maîtres mots «maillage» et «coopération», les représentants des conférences ont exploré de nouvelles pistes privilégiant une approche plus transversale et décloisonnée de manière à éviter au malade tout retard et rupture dans son chemin clinique. Enfin, l'hégémonie qui fut de mise avec les hôpitaux laisse la place à la richesse des complémentarités dans une logique d'appui ou de gradation des soins. Même la recherche, longtemps considérée comme la chasse gardée des CHU, apparaît dans de nouvelles interfaces avec les établissements plus petits.

Reste à mettre ces profondes évolutions en musique, c'est le rôle des directions et en images, c'est aussi celui des communicants... ●