

VIE DE L'ACADÉMIE

Conférence invitée

L'exercice médical et l'évolution des CHU

Guy MOULIN *, avec la collaboration de Michel TSIMARATOS, Secrétaire Général de la CME de l'APHM

Les ordonnances de 1958 ont été l'acte fondateur des CHU ¹. Elles leur ont ainsi donné le périmètre qui reste le leur aujourd'hui.

Le CHU est donc un hôpital lié à une université par convention, qui organise la formation théorique et pratique des futurs professionnels médicaux et paramédicaux et des chercheurs en sciences de la santé. Il dimensionne la recherche clinique sur le territoire français, il accueille le progrès technique et l'innovation qu'il valorise dans ses activités.

Du point de vue des soins, le Centre Hospitalo-Universitaire assure toute l'activité de proximité complexe. Il définit le niveau de développement en santé d'un territoire (activité d'urgence, SAMU) mais aussi d'une région, d'une inter-région et de la nation (application du plan maladies rares, activité de recherche, etc.). Comme l'ensemble du service public il participe à la sécurisation de la population ².

Le CHU assure le premier recours comme le recours exceptionnel. Il est le premier bénéficiaire des crédits destinés aux missions d'intérêt général ³ et des crédits destinés à l'aide à la contractualisation ⁴. Il est le premier ordonnateur de la prescription de médicaments onéreux. Il est le premier partenaire des facultés de médecine dans le domaine de la recherche translationnelle et surtout de la recherche clinique⁵. Il représente un des secteurs recherche et développement les plus importants du monde économique français.

* Président de la Conférence des Présidents de CME de CHU.

1. Ordonnances 1958-1373.

2. Débat rencontres plénières HAS 2008. Ipsos 12/2008 : 74 % des Français font confiance à l'hôpital, 8 Français sur 10 se déclarent satisfaits du système d'urgence proche de chez eux.

3. En 2011 la dotation en crédits MIG a été de plus de 600 millions d'euros.

4. En 2011 la dotation en crédits AC a été de plus de 450 millions d'euros.

5. Les dépenses en MERRI des CHU pour l'année 2011 représentaient 412 M €, la dotation atteignait 301 M €.

Le CHU s'est modernisé au fil des années. Il a accompagné les grandes transformations de la santé publique en favorisant l'accès aux soins dans le cadre des structures ambulatoires et des urgences, en participant aux actions de prévention, en favorisant et en développant les innovations technologiques et médicamenteuses. Au niveau d'un territoire, le CHU participe à la structuration des réseaux de soin dont il est souvent un des acteurs les plus importants. Enfin, il participe à l'organisation des soins de suite.

Le CHU s'inscrit donc aujourd'hui pleinement dans l'organisation des parcours de soins, dans leur structuration et leur coordination.

L'EFFET T2A ET L'EXERCICE MÉDICAL

Les quatre décennies qui ont suivi la publication des ordonnances jusqu'au début des années 2000 ont été relativement stables pour les CHU malgré plusieurs réformes des études médicales et la création du statut de praticiens hospitaliers.

C'est l'introduction de la tarification à l'activité ⁶, au début de la précédente décennie qui a profondément modifié les modalités du fonctionnement de l'hôpital public et a eu un impact considérable sur ses organisations et donc sur l'exercice médical et soignant.

La tarification à l'activité prévoit en effet que les recettes des établissements publics et privés sont générées par le niveau de leur activité et non plus sous forme d'allocation forfaitaire (le budget global) ⁷.

Cette modification du mode de production de ressources financières est un véritable changement de paradigme qui a introduit une culture nouvelle pour le monde médical car ce n'est plus uniquement le besoin qui justifie l'investissement. La culture du retour sur investissement s'impose à tous avec sa dimension contractuelle. Les établissements sont passés du mode structure au mode projet. Le projet médical des établissements est devenu un véritable business plan qui tient compte des bons usages, de la planification des carrières et d'indicateurs d'activité. Le budget s'inscrit dans un État Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD). L'évaluation est

6. La loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la Sécurité Sociale pour 2004 (art. 22 à 34) entre dans le cadre des LOLF et passe d'une logique de moyens à une logique de résultats.

7. Le PMSI procède à l'évaluation des activités de soins de façon à établir des tarifs pour chaque séjour au sein d'un groupe homogène de malades (le GHM), puis d'un groupe homogène de séjour (le GHS). La règle introduite est donc celle du tarif tout compris des GHS qui varie en fonction des co-morbidités associées à la pathologie.

L'exception reste l'utilisation de médicaments onéreux (MO) et des dispositifs médicaux implantables (DMI) qui sont financés par des enveloppes spécifiques ce qui permet d'assurer une égalité d'accès aux soins les plus innovants pour la population à condition que les établissements de santé respectent les règles de bonnes pratiques pour leur usage. Enfin, dans le cadre de la réforme de la T2A, les établissements MCO bénéficient de financements supplémentaires pour la prise en charge des Missions d'Intérêt Général.

devenue la règle et la dimension financière du résultat, la recette, un objectif incontournable.

L'exercice médical s'en trouve donc clairement modifié depuis. Tous les projets qu'ils soient de soins, d'innovation ou de recherche doivent faire l'objet d'une étude médico-économique avec calcul du retour sur investissement (ROI) et s'intégrer aux prévisions économiques de l'hôpital, contractualisées avec la tutelle (le CPOM).

Cet effet a été d'autant plus marqué que le passage, progressif, à 100 % de la T2A a clairement révélé la fragilité financière des structures hospitalières dont le déséquilibre annuel cumulé sur les cinq derniers exercices reste très élevé (de l'ordre d'1 Md € hors APHP) malgré une réduction extrêmement significative.

LA DETTE ET LA MODERNISATION DU PLATEAU TECHNIQUE

Parallèlement à la mise en place de la T2A, les hôpitaux dont les CHU ont connu un accroissement de leur dette ⁸, sous l'effet des politiques publiques ⁹ qui accentue encore notablement le poids de l'économique sur le médical.

La dette entrave la capacité des CHU à financer leur modernisation et pèse sur les comptes de la Sécurité Sociale comme l'a démontré le rapport de la Cour des Comptes de 2010 ¹⁰. Toutefois, même si l'endettement reste important, l'État continue à exercer un contrôle rigoureux des dépenses des établissements publics de santé ¹¹. Les investissements restent conséquents, avoisinant 1,7 milliards d'euros en 2012 (hors remboursement de la dette). La rénovation de l'outil de travail, l'investissement dans les domaines innovants sont, en effet, indispensables à la qualité de l'exercice médical et des soins.

Dans ce contexte ils restent possibles sous réserve de ne pas aggraver la dette des établissements et d'un retour sur investissement positif ¹². La performance est devenue la règle, elle est définie comme la meilleure efficacité au service du soin et au coût de fonctionnement le plus acceptable. L'État a même créé une agence d'appui à la performance (l'ANAP).

8. Elle atteint 8 Mds € en 2012.

9. En France, les investissements hospitaliers ont été dimensionnés sur des critères politiques et non en relation avec l'activité médicale. De plus les plans Hôpital 2007 et 2012, dans un objectif de modernisation ont autorisé les établissements à contracter des emprunts avec la garantie de l'État mais sans apporter de financements directs.

10. Le rapport annuel (2010) de la Cour des Comptes sur la sécurité sociale montre que son déficit a triplé en deux ans. Ce déficit exceptionnel n'est pas entièrement lié à la crise économique et dépend surtout de l'assurance maladie. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) a été respecté en 2009 et 2010. Pour rendre cette démarche pérenne, la cour recommande d'améliorer la performance.

11. Rapport de l'agence Fitch Ratings, 2010.

12. Les investissements de plus de 30 M € sont désormais soumis à l'appréciation et l'accord d'un comité interministériel, le COPERMO.

DES NOUVELLES ORGANISATIONS

Dans le même temps, cette nouvelle culture intra-hospitalière s'est d'autant plus imposée que les organisations elles-mêmes se sont modifiées avec la mise en place des pôles d'activité médicale et la promulgation de la loi HPST.

La volonté de déconcentration de la gestion s'est exprimée avec les pôles¹³ en responsabilisant les médecins à la tête de vastes unités regroupant plusieurs services. Dans les CHU la dimension hospitalo-universitaire des pôles doit rester un souci constant dans la définition de leur périmètre et l'élaboration de leurs objectifs contractualisés. Toutefois, la délégation de gestion ne s'est pas mise en place de façon complète et reste limitée dans la plupart des établissements en raison d'une nécessité de management transversal dépassant le seul périmètre des pôles¹⁴.

La loi HPST¹⁵ a modifié la définition même du service public en le segmentant en missions de service public susceptibles d'être réparties entre différents opérateurs y compris le secteur libéral. Elle a entraîné elle aussi des changements dans les organisations internes de l'hôpital, en modifiant les instances de gouvernance, en renforçant le lien entre le directeur et le chef de pôle par un processus de nomination très vertical et faisant disparaître officiellement les services au profit de structures internes moins bien définies. Dans cette nouvelle organisation, les médecins ont probablement perdu de leur pouvoir avec la disparition des services, ils ont aussi gagné en indépendance avec la relative déconcentration de gestion au sein des pôles. Il en ressort cependant un affaiblissement de la démocratie interne et la crainte exprimée par beaucoup de médecins et soignants de voir se créer une oligarchie médicale constituée par des Chefs de pôle désignés par le Directeur. La loi HPST a fait perdre une partie de ses compétences à la CME, en particulier sur le recrutement des praticiens dans les établissements, au profit de l'organisation de la qualité et de la gestion des risques. L'expression transversale de la CME ne s'exprimant plus pleinement, le risque de balkanisation des établissements est d'autant plus fort que la délégation est mal équilibrée et que les contrats inter-pôles ne sont ni généralisés ni suffisamment efficaces. Enfin on retient que les médecins s'investissent moins dans les missions d'intérêt général. Les CME sont moins attractives qu'auparavant avec la perte d'une partie de leurs compétences.

Ces évolutions ont été analysées dans le cadre des travaux de la commission sur le pacte de confiance à l'hôpital confiée à Édouard COUTY¹⁶. Celle-ci a fait plusieurs

13. Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005.

14. Bilan de l'organisation en pôles d'activité et des délégations de gestion mises en place dans les établissements de santé. H Zeggar, G Vallet, O Tercierie. Rapport de l'IGAS — mai 2010.

15. Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

16. Pacte de Confiance avec les hospitaliers. Rapport remis par E Couty, le 4 mars 2013. Disponible sur <www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers.html> (consulté le 4 juin 2013)

propositions à la ministre de la santé visant à rétablir le service public hospitalier dans une vision territoriale, revoir la tarification (ces points sont repris dans le cadre de la stratégie nationale de santé ¹⁷), rétablir le dialogue social et réformer la gouvernance interne des établissements.

LA CONCURRENCE MÉDICALE

L'application de la T2A a nettement accentué la concurrence exercée par les différents établissements de santé vis-à-vis des CHU d'autant que la convergence tarifaire appliquée officiellement jusqu'en 2012 est un facteur supplémentaire de fragilisation du secteur public. La concurrence concerne toutes les gammes de soins mais plus particulièrement les activités de recours intermédiaires qui sont les plus rémunératrices. Avec la loi HPST, elle concerne aussi certaines missions de service public dont la prise en charge des urgences dans le cadre de la permanence des soins. Le service public hospitalier n'a donc plus l'exclusivité des missions de service public et le CHU n'a plus celle du financement de la recherche clinique.

Il est certain qu'il s'agit d'un facteur agissant de façon très forte sur la concurrence.

L'attractivité des établissements du secteur libéral est certaine. Il a su mettre à niveau ses plateaux techniques et offrir des organisations de qualité et modernes. Les rémunérations proposées sont, pour certaines spécialités, très supérieures à celles du secteur public, ce que ne compense que très partiellement la possibilité d'avoir une activité libérale à l'hôpital ¹⁸. De plus, la désertification médicale dans certains territoires urbains ou non est particulièrement destructurante pour les équipes en place et pour les établissements des territoires concernés ¹⁹. Cette situation fragilise donc fortement certaines spécialités dans beaucoup de centres hospitaliers, universitaires ou non ²⁰. L'Anesthésie-réanimation, l'Imagerie et l'Anatomo-pathologie en sont des exemples les plus souvent mis en avant. On citera aussi certaines spécialités médicales avec actes ou chirurgicales.

La situation est difficile pour certaines disciplines universitaires devenues confidentielles dans certains CHU. Les difficultés inhérentes au maintien d'effectifs hospitalo-universitaires suffisants pour assurer l'activité de soins mais aussi d'enseignement et de recherche peut mettre en question la pérennité de la discipline

17. Disponible sur <www.gouvernement.fr/la-strategie-nationale-de-sante-0> (consulté le 4 juin 2013).

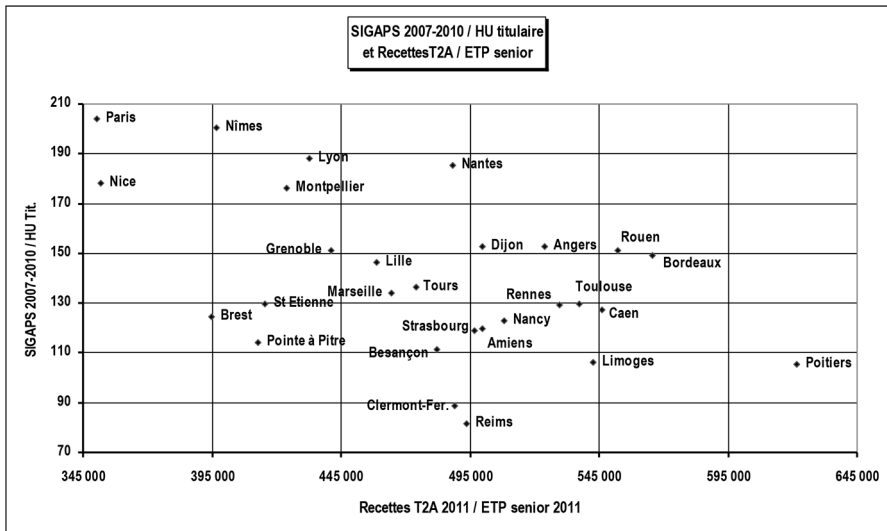
18. Rapport sur l'activité libérale à l'hôpital remis par Dominique Laurent le 5 avril 2013. Disponible sur <www.sante.gouv.fr/activite-liberale-a-l-hopital,15732.html> (consulté le 4 juin 2013).

19. Disponible sur <<http://www.snphar.com/Data/ModuleGestionDeContenu/application/679.pdf>> (consulté le 4 juin 2013)

20. Disponible sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Pacte_de_confiance_-_GR2_-_Contribution-AH_-_Deserts_medicaux_hospitaliers.pdf> (consulté le 4 juin 2013)

concernée des CHU de taille moyenne. Les effectifs hospitalo-universitaires n'ont pas évolué en fonction de l'augmentation du nombre d'étudiants ²¹.

Plusieurs solutions ont été avancées à de nombreuses reprises. Le regroupement ou la fusion de certains CHU à l'échelle d'une région a pu être avancée. La répartition des disciplines entre plusieurs CHU d'une même inter-région, ou la création de « services universitaires régionaux ou inter régionaux » communs à plusieurs CHU paraissent plus raisonnables afin d'assurer une bonne gestion de la formation dans la spécialité à l'échelle d'un territoire ou d'une région. On constate cependant que certains « petits » CHU ont une très solide productivité par ETP H et HU, en termes de soins mais aussi d'indicateurs de recherche clinique, ce qui témoigne de l'absence de corrélation entre les résultats des établissements et leur taille et plaide assez clairement pour le maintien de la carte actuelle.



Bilan social du personnel médical 2011 - Commission des Directeurs des Affaires Médicales de CHU

Par ailleurs, il apparaît, sous réserve d'une analyse scientifique complémentaire, que la relation entre la productivité scientifique (SIGAPS/HU) et la performance médico-économique est grossièrement inversée. Cette constatation plaide à priori pour un management clairement orienté sur la dimension HU des établissements afin de maintenir au mieux le niveau en termes d'innovation et de recherche sans diminuer la performance médico-économique.

21. Le ratio numerus clausus / encadrement universitaire en CHU a doublé en 10 ans. Rapport de l'ONDPS — Tome 3.

CRÉER LES CONDITIONS DE L'ATTRACTIVITÉ DES CARRIÈRES MÉDICALES

Les CHU doivent donc créer des conditions de carrières attractives pour les hospitaliers et pour les hospitalo-universitaires.

Des mesures générales comme les conditions d'accès aux droits à la retraite pour les Hospitalo-Universitaires, le maintien de l'accès à l'activité libérale à l'hôpital ²² ou les mesures de financement des RTT et CET pour les Hospitaliers donnent de la perspective à la bonne planification des carrières individuelles.

Le maintien des volumes critiques, la mutualisation des plateaux techniques, la reconnaissance des activités universitaires des praticiens hospitaliers et des mesures financières adaptées avec, par exemple, des primes pour exercice multi-site sont des objectifs indispensables à réaliser. L'anticipation du vieillissement de certaines catégories de praticiens, en particulier des praticiens hospitaliers dans les CHU doit faire l'objet de mesures prospectives de renforcement des équipes ²³. De la même façon les impacts sur la profession de la forte féminisation des populations d'étudiants en médecine et des internes doivent faire l'objet d'une évaluation précise ²⁴. Il reste nécessaire aussi de conduire une étude prospective des disciplines universitaires dans les différents CHU en partenariat avec les Facultés de Médecine, les CNU et les CME.

Dans les établissements, le maintien de l'accès à la recherche clinique pour tous les praticiens hospitaliers et hospitalo-universitaires, la promotion de l'innovation technologique et son financement sont autant de facteurs majeurs d'intérêt pour le plus jeunes. La qualité des plateaux techniques, la mise en place d'organisations innovantes (HAD, maisons de santé, activités ambulatoires), la création d'interfaces avec le monde de l'entreprise et de l'industrie sont des mesures propres à renforcer l'image de dynamisme et donc l'attractivité du service public. Il en va de même des coopérations territoriales dans le cadre des CHT, des pôles inter-hospitaliers pour les activités universitaires etc.

L'organisation des établissements est aussi un point fondamental. Il est nécessaire de rétablir la confiance entre les médecins et leur administration. Le Directeur doit rester l'ordonnateur des décisions de nature administrative et financière mais le rôle de la CME doit se rétablir de façon à garantir la promotion des projets d'intérêt général et le respect des équilibres entre les pôles avec la vision transversale qu'à légitimement l'organisme élu ²⁵.

22. Rapport sur l'activité libérale à l'hôpital remis par Dominique Laurent le 5 avril 2013. Disponible sur <www.sante.gouv.fr/activite-liberale-a-l-hopital,15732.html> (consulté le 4 juin 2013)

23. Dans les CHU, les PH représente la catégorie de praticien dont le vieillissement est le plus important. Bilan social du personnel médical 2011 — Commission des DAM de CHU

24. Elle concerne 60 % des effectifs des internes et étudiants, pour 40 à 45 % des praticiens séniors. Bilan social du personnel médical 2011 — Commission des DAM de CHU

25. Pacte de Confiance avec les hospitaliers. Rapport remis par E Couty, le 4 mars 2013. Disponible sur www.sante.gouv.fr/le-pacte-de-confiance-avec-les-hospitaliers.html> (consulté le 4 juin 2013)

Il faut sortir les pôles de leur seule dimension de gestion en permettant au personnel soignant de toutes les catégories de s'approprier des objectifs collectifs et en renforçant la notion d'équipe médicale et soignante. Le chef de « structure » (souvent encore le chef de service dans les faits) doit être le responsable de l'équipe et doit manager les parcours professionnels avec le chef de pôle ²⁶. Il est impératif de renforcer la dimension hospitalo-universitaire des pôles d'activité médicale dans les CHU, par la cohérence de leur périmètre et de leurs objectifs contractualisés dans le domaine de la recherche et de l'innovation. Le chef de pôle doit être un véritable leader médical reconnu dans le domaine hospitalier et universitaire même s'il s'agit d'un PH non universitaire. Son autorité passe par cette reconnaissance, par sa capacité à fédérer et conduire un projet partagé au sein de son pôle comme de l'établissement.

Dans tous les cas, le médecin doit rester libre de son choix. Il doit donc s'approprier la dimension médico-économique. Il est impératif qu'il devienne compétent dans le domaine de la gestion des équipes et des organisations.

La formation des plus jeunes à la gestion médico-économique est nécessaire s'ils veulent rester les responsables du destin de l'hôpital car le vrai pouvoir c'est évidemment la connaissance.

Dans un contexte économique contraint dont l'impact sur l'exercice médical est fort et alors même que l'application de la T2A et des différentes réformes qui ont suivi sa mise en place ont nettement modifié la conduite des projets médicaux, le maintien de carrières hospitalières et hospitalo-universitaires attractives est un challenge important pour les responsables des CHU. L'attractivité passe à l'évidence par des mesures salariales directes ou indirectes, compétitives avec le secteur libéral, mais aussi et surtout par le maintien de l'accès à des plateaux techniques de qualité ouverts à l'innovation et favorisant l'accès à la recherche clinique. Les investissements doivent rester suffisants pour maintenir le haut niveau de compétitivité des établissements. Le vrai retour sur investissement doit se mesurer à moyen et long terme. Il doit passer par des mesures de fidélisation des plus jeunes et par leur implication dans tous les secteurs de la vie hospitalière y compris la connaissance de la gestion médico-économique.

26. Disponible sur <<http://bma.org.uk/practical-support-at-work/doctors-as-managers>> (consulté le 4 juin 2013)

Disponible sur <<http://bma.org.uk/practical-support-at-work/contracts/job-planning>> (consulté le 4 juin 2013)

Disponible sur <<http://www.msg.scot.nhs.uk/wp-content/uploads/SAS-job-planning-guide.pdf>> (consulté le 4 juin 2013)