



## **ALLOCUTION DE M. LE PRÉSIDENT DE LA RÉPUBLIQUE**

### **Réforme des Centres Hospitaliers et Universitaires (CHU)**

**Palais de l'Elysée - Lundi 11 mai 2009**

Mesdames les Ministres, chère Roselyne, chère Valérie, chère Michèle,  
Messieurs les Présidents d'Universités,  
Messieurs les Doyens des Facultés de médecine,  
Mesdames et Messieurs les Directeurs généraux,  
Mesdames et Messieurs les Présidents de CME,  
Mesdames et Messieurs les membres de la Commission sur l'avenir des Centres hospitaliers et universitaires,  
Cher Professeur MARESCAUX,  
Et si vous me le permettez, chers amis, puisque je connais nombre de ceux qui sont ici,

Voilà cinquante ans déjà qu'ont été promulguées les ordonnances qui devaient donner naissance aux centres hospitaliers et universitaires, les CHU.

En adressant mes vœux à la communauté hospitalière le 9 janvier dernier à Strasbourg, j'ai tenu à rendre hommage au petit groupe de médecins qui, autour du Professeur DEBRÉ, ont inventé le concept de CHU en 1958.

En confiant à une structure unique la triple mission de soins, d'enseignement et de recherche, l'ordonnance DEBRÉ a permis à l'hôpital de retenir, pendant un demi-siècle, ce qui n'est pas rien, les meilleurs médecins de chaque génération.

Elle a permis à la France de disposer d'un des meilleurs systèmes d'enseignement et de soins au monde. Mais en cinquante ans, le monde a radicalement changé et vous le savez mieux que personne. La médecine s'est transformée. Il est devenu très difficile, pour un médecin comme pour un service, de faire trois métiers à la fois. Et pour cause. Nul ne peut être à la fois disponible pour les malades, pour les étudiants et excellent au laboratoire.

Et il n'est pas facile non plus d'avoir deux patrons. L'Université, qui est l'employeur des médecins hospitalo-universitaires et le directeur de l'hôpital. Bien sûr, la mission du CHU est de concentrer les activités de référence et de recours, qui ne sont pas possibles ailleurs.

Mais en réalité, vos Centres hospitaliers et universitaires prodiguent aussi, je le sais bien, une part importante des soins courants. Jusqu'à 85% de vos soins sont des soins dits de proximité. Fatalement, cette réalité a un impact sur les arbitrages budgétaires.

Les directeurs généraux des CHU sont tentés parfois de donner la priorité aux soins de proximité, au risque de négliger les activités de recours, de recherche et d'innovation. L'accroissement continu du numerus clausus requiert, lui aussi, une part grandissante de temps d'enseignement.



Dans ces conditions, disons-le franchement, la recherche est parfois devenue secondaire dans l'activité de beaucoup de médecins hospitalo-universitaires, submergés par les activités de soins, les charges administratives et les enseignements.

Des poches d'excellence reconnues subsistent dans quelques grands sites privilégiés, dotés d'unités de recherches et dont les effectifs, disons-le, autorisent une certaine flexibilité. Mais globalement, la production de la recherche biomédicale française, ce n'est faire reproche à personne, progresse moins vite que celle de nos voisins. Le nombre de brevets issus des CHU comme l'exploitation qui en est faite pourraient être bien supérieurs.

Au fond, en cinquante ans, les logiques, longtemps convergentes, de l'hôpital et de l'Université ont fini par diverger au point parfois de s'ignorer.

Faute d'une claire conscience de leur vocation, faute d'une évaluation impartiale de leur performance, les CHU comme les pôles hospitaliers courent aujourd'hui le risque majeur de perdre le sens de leur triple mission, dans l'esprit comme dans la lettre.

En vous disant cela, croyez-le bien, mon intention n'est pas d'être blessant, n'est pas de chercher des coupables -à quoi cela servirait-il?- et encore moins d'être ingrat à l'endroit de gens passionnés, souvent passionnants et qui se sont engagés dans leur métier comme dans la trajectoire d'une vie, et non pas d'une carrière.

Je vous le dis comme je le pense : nous sommes collectivement responsables de cette situation. Et mon intention, ma seule intention, comme celle des ministres, Roselyne comme Valérie, c'est de vous aider. De vous aider à quoi ? A retrouver le souffle, l'esprit, l'ambition pour vos hôpitaux et pour la France qui était celle de Robert DEBRE.

J'ai demandé à Jacques MARESCAUX et à sa Commission, il peut en porter témoignage, d'avoir la même ambition pour nos CHU en 2009 que celle de 1958. A Strasbourg, j'avais dit : « ne laissez rien dans l'ombre, et n'hésitez pas à bousculer les habitudes ». Il ne peut pas y avoir de sujet tabou, je suis désolé, il ne peut pas y avoir de pré carré, il ne peut pas y avoir de corporatisme, quand il y va de notre première priorité de recherche : la santé des Français.

J'ai pris connaissance des conclusions de votre rapport. Et en découvrant les modèles étrangers d'hôpitaux universitaires, je me suis naturellement posé la question : Pourquoi, et en vertu de quelle fatalité, ce qui est possible à Utrecht, ce qui est possible à Londres, ce qui est possible à Boston, ne serait pas possible chez nous ? C'est une question. Il ne s'agit pas d'imiter béatement, mais le « benchmarking », nom horrible, cela vaut pour chacun d'entre nous.

Ne peut-on vraiment pas réfléchir, chère Roselyne BACHELOT, à une meilleure coordination stratégique de l'hôpital et de l'Université quand on sait que la majorité des CHU est en déficit ? C'est une réalité qui ne satisfait personne.

Les Universités enfin devenues autonomes, je répète, les Universités enfin devenues autonomes définitivement, chère Valérie PECRESSE, sont-elles condamnées au dialogue de sourds avec l'Assistance Publique de Paris, de Marseille ou les Hospices Civils de Lyon ? Pas du tout. Les exemples de Stanford, John Hopkins, de l'Imperial College nous prouvent exactement le contraire.

La concertation entre l'hôpital et l'Université : c'est la garantie de l'intégration stratégique de vos trois missions.



L'implication des médecins dans la gouvernance de l'hôpital, indispensable, la délégation de responsabilités véritable à des pôles en charge des trois missions : voilà la source de l'efficacité et d'une meilleure qualité des soins.

Il faut cesser d'opposer l'efficacité à la qualité des soins, la logique du directeur à celle du doyen ou du président de CME. Nous ne pouvons rien les uns sans les autres, c'est comme cela.

L'hôpital doit être mieux géré, chacun en est conscient. Et pour autant, la loi « Hôpital » n'est pas une loi anti-médecins, à moins de considérer que l'ambition de mieux gérer l'hôpital soit opposée aux médecins. Singulière conception du monde médical ! Si se préoccuper de la gestion, c'est déconsidérer les médecins, c'est une image des médecins qui n'est pas la mienne. Les médecins préfèrent venir dans un hôpital dont le budget est équilibré et qui est bien géré. Ils préfèrent voir utiliser les marges de manœuvre pour investir dans la qualité, plutôt que voir le système poreux de tous les côtés. On pourrait prendre des exemples. Opposer médecins et qualité de gestion est absurde et même blessant pour tout le monde.

La loi « Hôpital », je le répète, n'est pas une loi anti-médecins. Personne n'a jamais dit que l'hôpital devait devenir une entreprise. Cela c'est bien le débat français : on en est loin, ce n'est dans l'idée de personne. Mais, enfin, il y a peut-être un équilibre à trouver. L'hôpital n'est pas non plus condamné à être en déficit, le déficit étant comblé par avec le contribuable. Il n'y a pas de loi absolue. Et le fait, quand on est gestionnaire, de faire en sorte que l'hôpital soit bien géré et en équilibre ne marque pas la volonté que les gens soient mal soignés. Il faudrait pour être bien soigné être soigné seulement dans des hôpitaux en déficit ? Quelle drôle de conception. Quant au directeur, il ne doit pas devenir un despote absolu. Qui peut avoir cette idée étrange ? Mais enfin, là aussi, qu'il y ait une capacité d'arbitrage et de décision dans un hôpital, c'est une bonne nouvelle. Combien de fois m'a-t-on dit, moi qui ai été si souvent dans les hôpitaux, « le problème dans les hôpitaux c'est que tout le monde a le pouvoir de dire non, et personne n'a le pouvoir de dire oui. Tout le monde a un petit bout du pouvoir mais comme personne ne l'a dans ses mains, on est sûrs que rien n'est décidé ». Il y aurait bien des exemples. J'ai moi-même dirigé pendant vingt ans un hôpital qui, pour n'être pas un hôpital universitaire, est quand même un hôpital.

Il me semble que tout se tient. L'enseignement n'est supérieur que s'il s'adosse à une recherche de qualité. La recherche, à son tour, est génératrice d'une meilleure qualité des soins. Car ce qui coûte cher à l'hôpital, c'est l'ignorance.

Renoncer à une des trois missions du CHU, disperser nos forces, manquer la concertation entre l'Université et l'hôpital, c'est desservir les malades et desservir la recherche.

Je ne veux pas de cela. Nous souhaitons ancrer durablement la France parmi les pays les plus avancés dans le domaine des soins de recours comme de proximité. Les plus avancés dans la recherche biomédicale, la formation, l'innovation, la valorisation.

C'est pourquoi, cinquante ans après leur création, je vous ai demandé de formuler une nouvelle ambition pour les CHU dans leurs trois missions. Vous m'avez fait six ordres de propositions. Après en avoir parlé avec les ministres, je vous donne mon accord à leur sujet et je demande au Gouvernement – en plein accord avec Roselyne et Valérie - de proposer par voie d'amendement au Sénat de les intégrer dans le projet de loi Hôpital.

Je tiens beaucoup à la réforme de l'hôpital, c'est une affaire immense que nous sommes en train de faire. On me dit que c'est difficile, bien sûr, cela ne m'a pas échappé. Si ce n'était pas difficile on ne se donnerait pas tant de mal. Et pourtant cette réforme est nécessaire. Nous allons d'abord réaffirmer et renforcer la dimension, hospitalière et universitaire de la gouvernance des CHU par la nomination en Conseil des ministres des directeurs généraux de CHU, sur rapport conjoint des ministres chargés



de la Santé, de la Recherche et de l'Enseignement supérieur. On a arbitré, il y a eu des discussions byzantines, mais le rapport sera conjoint, parce qu'il y a les deux dimensions.

Vous avez proposé aussi de créer, autour du Directeur général, un directoire comptant trois vice-présidents, dont le président de la CME, le Doyen, et un vice-président chargé de la recherche, nommé sur proposition conjointe du président de l'Université, du doyen et du président de l'Alliance coordonnant les organismes de recherche en sciences du vivant et de la santé. Les autres membres médicaux du Directoire seront nommés par le directeur, qui sera maître de la décision, sur proposition du Doyen et du président de la CME. On en a discuté, on a échangé, on a essayé de trouver une solution qui préserve l'efficacité sans blesser personne, une solution qui donne des assurances. J'ai bien conscience que derrière tout cela, il y a un problème de confiance, disons les choses comme elles sont. Avec le temps qui passe, nous allons établir les choses et les faire tranquillement.

Vous proposez également de définir une politique commune dans les trois missions du CHU grâce aux conventions hospitalo-universitaires.

Vous avez suggéré d'élargir la compétence des pôles hospitaliers existants, de les transformer en véritables pôles hospitalo-universitaires, en charge des trois missions et bénéficiant d'une réelle délégation de responsabilités.

Enfin, nommé par le directeur, qui prendra la décision sur proposition du président de la CME et du doyen, le chef de pôle hospitalo-universitaire sera chargé de faire en sorte que les trois missions sont effectivement remplies par le pôle.

Garant du caractère indissociable de la triple mission au niveau collectif, le chef de pôle saura trouver pour chacun, en toutes circonstances et à chaque âge de la vie, le bon équilibre entre les missions de soins, de recherche et d'enseignement. Ainsi, en développant l'approche collective des missions, le pôle hospitalo-universitaire permettra à chacun de mettre l'accent sur l'une des trois missions. Il n'est pas forcé qu'à chaque époque de sa vie, son activité prioritaire soit la même. Il faut un peu de souplesse.

Sans oublier les praticiens hospitaliers ! Le pôle permettra de mieux les associer à la démarche de recherche et d'enseignement par contractualisation avec l'Université. En un mot, de reconnaître les meilleurs dans chaque domaine.

Vous observerez – en tout cas je l'espère - que nous avons écouté tout le monde et que nous avons pris me semble-t-il la quasi-totalité de vos propositions. C'est toujours utile de parler. Vous observerez aussi que les ouvertures faites par le gouvernement pour l'hôpital valent toutes pour la gouvernance du CHU. Ainsi le projet médical sera élaboré par le président de la CME même s'il est arrêté par le directoire, ce qui est d'ailleurs tout à fait normal.

Je n'insiste pas aussi sur l'ouverture, qu'a voulue Roselyne BACHELOT, relative à la carrière des directeurs. Là aussi, plus on responsabilise les directeurs plus on a besoin d'un recrutement différencié, élargi, pourquoi pas aux médecins. La difficulté, c'est qu'on doit tout faire avancer ensemble. Nouvelle organisation, nouvelles conditions de recrutement pour les directeurs, élargissement de leur formation, valorisation de leur expérience. On doit tout faire en même temps.

Enfin, Jacques MARESCAUX, nous recommande de faire de la recherche biomédicale une vraie priorité nationale. Cette question est au centre de nos préoccupations.

J'ai dit à plusieurs reprises que j'entendais mettre en œuvre 100% des recommandations du rapport Zerhouni sur la recherche biomédicale. 100%, pas 99%. Les universités désormais autonomes ont vocation à devenir les opératrices de la recherche. Les organismes de recherche, aujourd'hui-



rassemblés dans l'Alliance des Sciences de la Vie et de la Santé, ont davantage vocation, eux, à être des agences de moyens chargées de nourrir la réflexion programmatique de l'Agence Nationale de la Recherche.

Il faut laisser aux universités autonomes la possibilité de vivre, de grandir et de prendre des initiatives, comme par exemple la mise en place, dans la filière LMD, d'une initiation à la recherche pour les étudiants en médecine et de doubles formations doctorat en médecine-doctorat *es sciences* pour les meilleurs. L'expression « pour les meilleurs » n'est pas un gros mot, surtout dans des métiers d'excellence que sont le vôtres.

A cet égard, j'ai accueilli avec beaucoup d'intérêt votre suggestion de faire émerger un nombre limité d'Instituts hospitalo-universitaires. Labellisés lors d'appels d'offres et après évaluation internationale impartiale – et les trois mots ont pour moi beaucoup d'importance : évaluation, internationale parce qu'il faut qu'on acquiert une culture internationale et impartiale sinon personne ne peut accepter l'évaluation - ces Instituts pourraient donner à des équipes d'excellence les moyens de rivaliser avec les meilleures institutions hospitalo-universitaires internationales et de contribuer au rayonnement de la France à l'étranger.

Mais, par des collaborations universitaires, cette démarche devra rendre aussi possible la promotion d'entités – Monsieur André ROSSINOT - interrégionales à fort potentiel dont la masse critique n'est pas encore tout à fait suffisante.

Vous l'avez compris, notre intention, mon intention, c'est donc de retrouver cette ambition pour la France qui fut celle de Robert DEBRÉ et de ses amis il y a cinquante ans.

Je suis convaincu que nous pouvons y parvenir. Il le faut car notre pays en a besoin, nous en avons la volonté. La Loi Hôpital, la Loi sur l'Autonomie et les Responsabilités des Universités, la création de l'Alliance des Sciences de la vie et de la Santé nous en donnent les moyens.

J'ai confiance dans votre intelligence, je connais votre passion pour votre métier, nous avons des jeunes de grande qualité. Il faut qu'on se mette au travail et qu'on fasse vivre cette réforme pour que la qualité de vie professionnelle dans nos hôpitaux universitaires ne dépende pas que du souci constant que vous avez de vos patients et de la passion constante que vous avez de votre métier. La qualité de vie professionnelle doit aussi dépendre de la valorisation qu'on fera de vos travaux, de l'intérêt que vous prendrez à la gestion de vos hôpitaux qui ne seront pas devenus une entité abstraite et parfois hostile à celui qui a le sentiment de faire son travail dans son coin, dans un univers qui ne le reconnaît pas, qui ne l'accepte pas et dont il ne comprend pas toujours la marche des pouvoirs et la répartition des responsabilités.

J'ajoute un dernier mot. Avec Valérie PÉCRESSE, avec Roselyne BACHELOT, on essaye de faire la meilleure réforme possible, de trouver la voie de passage qui mobilise le plus grand nombre de gens possible même si l'unanimité est si difficile sur des sujets aussi complexes, de créer les conditions de la confiance pour qu'on avance ensemble. Mais que les choses soient claires, le temps où la réforme durerait cinquante ans sans qu'on n'en parle est fini. Nos sociétés complexes doivent évoluer en permanence. Nous mettons en place une réforme, que nous prendrons grand soin, Roselyne, d'évaluer et je pense qu'au fur et à mesure des années qui viennent, il faudra qu'on procède à des réglages parce que tout ne doit pas être figé.

La France, souvent, n'a su évoluer qu'au rythme de brisures, où on passait au dernier moment d'un monde à l'autre. Là on propose un cadre, on pose les bases d'une réforme très importante pour l'hôpital en général et très substantielle pour les CHU en particulier. Mais cela ne veut pas dire que la question du fonctionnement des CHU ne doit pas encore se poser en termes de réglages, d'amodiations, ou de compléments. Cela ne remet en rien en cause. La difficulté de la réforme de la



France, c'est qu'on se dit au fond, c'est tellement difficile à faire passer, autant la refuser tout en bloc que de l'accepter puisqu'on ne reviendra pas en arrière. Je pense qu'il y a un saut qualitatif à faire avec cette réforme mais, nous l'avons dit avec Roselyne, on veut l'évaluer au fur et à mesure. Il n'y a pas que votre travail qui doit être évalué, le nôtre aussi. Nous devons faire les changements dont on aura besoin au fur et à mesure, des changements qui permettent de créer les conditions de la confiance puisque personne ne se sentira engagé dans une voie dont il ne pourra jamais sortir. Et ce que je dis pour l'hôpital, vaut demain pour la formation professionnelle et pour tant d'autres sujets.

Et puis, j'espère une dernière chose, c'est que vous avez compris que pour moi, l'hôpital c'est un sujet de passion, de grand intérêt. On m'a dit, « mais pourquoi le Président de la République se préoccupe-t-il de l'hôpital ? ». L'hôpital c'est 1 100 000 personnes qui y travaillent. En soi déjà, c'est une raison. Et une deuxième raison, c'est que l'hôpital est un lieu profondément aimé des Français qui ont confiance dans l'hôpital contrairement à ce que j'ai entendu dire à la fin de l'année passée. Les Français ont confiance dans l'hôpital. C'est l'un des problèmes de l'hôpital, c'est que les Français ont tendance à n'avoir confiance qu'en l'hôpital. C'est l'un des problèmes car cela crée naturellement un flux d'entrées immense. Les Français redoutent l'hôpital parce que l'hôpital c'est un lieu de joie : la naissance ou la guérison. Mais c'est un lieu de souffrance : la maladie, le traitement, la mort. Ce lieu-là qui suscite tant d'espérance, tant de crainte, si ce n'est pas un sujet de Président de la République, quel est le sujet du Président de la République ?

J'ajoute que la médecine est aux confins de toutes les décisions difficiles que nous avons à prendre avec la Ministre de la Santé. Pourquoi ? Parce qu'il faut de plus en plus de moyens, parce que les traitements, la recherche, cela coûte de plus en plus cher. Parce que la population qui vieillit vieillit de plus en plus, parce que la santé est notre capital le plus précieux, pardonnez la banalité du propos, c'est un sujet de Président de la République.

Enfin, c'est un sujet de Président de la République parce que moi je dois m'occuper de ceux qui disent « on aime notre travail, on veut travailler plus », ce que disent à peu près tous les personnels de l'hôpital, médecins ou pas. La caractéristique, c'est qu'ils aiment l'hôpital, ils ne comptent pas leurs heures et au fond, quand il y a des craintes qui se manifestent pour l'hôpital, ce n'est pas tant des craintes statutaires, c'est « est-ce que je pourrai faire toujours aussi bien mon travail ? ». Cela vaut aussi bien pour le personnel médical que pour le personnel non médical d'ailleurs. C'est un lieu de passion.

J'espère que vous avez compris que je ne m'en désintéresse pas du tout, bien au contraire, je veux vraiment m'impliquer dans cette réforme qui est extrêmement importante comme je m'impliquerai dans quelques semaines ou quelques mois dans la création d'un cinquième risque, pour toute la question de la dépendance. Ce sont des sujets majeurs pour la France. Ce ne sont pas des petits sujets, ce sont des sujets absolument structurels et qui doivent transcender me semble-t-il les oppositions partisans, politiques ou les postures. Moi, je ne fais de procès d'intention à personne, je suis persuadé qu'il y a beaucoup de bonne foi dans tout cela, et c'est pour cela que j'ai voulu en présence de Roselyne BACHELOT et de Valérie PÉCRESSÉ, du Professeur MARESCAUX, que nous nous retrouvions ici, à l'Élysée, pour solenniser un peu ces derniers arbitrages avant la poursuite de la discussion parlementaire.

Je remercie également tous ceux qui ont bien voulu participer à la concertation et m'apporter leurs éclairages.

Je vous remercie.