

11 et 12 décembre

**Lille** **2008**

**XI<sup>es</sup> Assises** nationales  
hospitalo-universitaires

**Le management  
des CHU  
et la médicalisation  
du processus  
de décision**

Contribution complémentaire  
du **groupe Management**

Document interne aux Conférences

contribution

## Composition du groupe Management

### Animateur coordonnateur

**Philippe Vigouroux,**  
directeur général  
du CHU de Nancy

### Représentants des conférences

**Jean-Olivier Arnaud,**  
directeur général du CHU de Nîmes

**Pr Luc Barret,**  
président de la CME du CHU de Grenoble

**Dr Sylvia Benzaken,**  
vice-présidente de la CME du CHU de Nice

**Jean-Michel Budet,**  
directeur général adjoint de l'AP-HM

**Pr Bertrand Ludes,**  
doyen de la faculté de médecine de Strasbourg

**Yvonnick Morice,**  
directeur général du CHU d'Angers

**Pr Guy Moulin,**  
président de la CME de l'AP-HM

**Dr Pierre-François Perrigault,**  
vice-président de la CME du CHU de Montpellier

**Pr Jean-Michel Rogez,**  
doyen de la faculté de médecine de Nantes

**Pr Schlemmer,**  
doyen de la faculté de médecine de Paris-7

**Pr Jean-Luc Schmutz,**  
président de la CME du CHU de Nancy

*Ce texte est le résultat d'un travail qui, de mars octobre 2008, a associé des représentants des trois Conférences hospitalo-universitaires dans le cadre de la préparation de leurs Assises 2008. Réalisé en parallèle des travaux préparatoires à la loi Hôpital, patients, santé, territoire, il constitue une **plate-forme commune de réflexion** et n'engage donc aucune des trois Conférences hospitalo-universitaires. Il vient en support de la table ronde organisée le jeudi 11 décembre 2008 à Lille, qui sera l'occasion de définir une **plate-forme de proposition commune** des trois Conférences à verser au débat parlementaire sur le projet de loi HPST.*

## Management des centres hospitaliers universitaires

Le management de l'hôpital et plus particulièrement des CHU alimente depuis plusieurs années les débats à l'échelon national. Les rapports se succèdent, les réformes s'enchaînent, la loi Hôpital, patient, santé, territoires en préparation annonce de nouvelles perspectives.

L'hôpital serait paralysé, anesthésié par la rigidité de son régime juridique d'établissement public de santé, le poids de statuts de personnels à caractère antédiluvien, les méandres d'un code des marchés publics anti-économiques. La gouvernance serait cloisonnée, peu réactive, engluée dans son corporatisme, plus gestionnaire que stratégique.

Pour donner au CHU un nouvel élan et lui offrir tous les atouts pour continuer de figurer au plus haut rang à l'échelon international, il faut le conforter dans ses missions de soins, d'enseignement et de recherche.

**Sa gouvernance doit être à la hauteur des enjeux, fédérer les compétences, créer les synergies et se trouver les moyens d'un véritable management stratégique.**

## Hôpital-entreprise ou hôpital-citoyen

Au sens littéral du terme, l'hôpital est bien une entreprise, puisqu'on y entreprend diverses actions de production de soins, de richesse. Le poids de la santé dans le PIB plaide d'ailleurs pour que l'hôpital, composante essentielle, soit considéré comme une entreprise productrice, mais, en réalité, tout dépend du niveau et de la qualité de ce qui est produit. Néanmoins, ce qui différencie l'hôpital de l'entreprise, c'est bien l'objet de sa production: la santé de l'être humain. À la différence d'une firme pharmaceutique ou d'un laboratoire de recherche, l'hôpital, comme l'ensemble des soignants, est à l'interface avec l'homme. La firme pharmaceutique produit des médicaments dont la finalité est d'avoir une action sur la santé mais dans un but de production économique et financière. Le médecin, l'hôpital, produisent des soins, mais leur objectif est avant tout qualitatif. La rentabilité se mesure essentiellement en terme de qualité des résultats obtenus au service de la santé du patient. La dimension économique est obligatoirement au deuxième plan. C'est l'essence même de la dimension humaniste, voire humanitaire, de la médecine hospitalière. À ce jour, cet aspect est totalement négligé dans le mode de rémunération des activités qui privilégie la segmentation des épisodes de prise en charge.

Ce que produit l'hôpital est cependant mesurable: les soins, la recherche et l'innovation dans le domaine de la santé. Ces éléments peuvent répondre à des objectifs théoriques de rentabilité économique ou de rentabilité au sens de l'efficacité de l'action à court terme. Les effets mesurables sur la santé des groupes sont plus difficiles à évaluer. Lorsque les maladies durent moins longtemps, les patients deviennent actifs plus vite et contribuent à la croissance économique du pays de façon plus efficace. Ce point n'est pas mesuré dans les raisonnements à court terme. L'objectif de rentabilité des soins et de la recherche pour un hôpital devient très difficile à appréhender lorsqu'on considère le long terme. Il doit s'inscrire dans le cadre plus global des objectifs de santé publique à l'échelle d'un territoire, d'une région ou de l'État.

L'enseignement est aussi une notion dont la rentabilité doit se mesurer sur le moyen et long terme. Il s'agit d'une rentabilité (positive ou négative) souvent indirecte dont l'unité de mesure n'est pas réellement financière. C'est une première limite...

À la nécessité d'efficacité et de rentabilité doit répondre l'adaptabilité de l'établissement. Cette notion est cependant plus théorique dans les structures de soins que dans

de véritables structures de production. Le manque d'adaptabilité des hôpitaux reste cependant un frein réel alors que les cliniques privées démontrent bien leur capacité dans ce domaine.

En effet, pour l'hôpital, cette nécessaire adaptabilité doit, certes, tenir compte d'objectifs économiques (coût des soins et de la recherche, donc de la production...) et financiers (rentabilité variable des tarifs appliqués...), mais aussi :

- de contingences médicales (disponibilité et compétence des équipes, démographie médicale et paramédicale...);
- d'éléments prospectifs (évolution des techniques, perspectives des modalités de prise en charge à cinq, dix ou quinze ans...);
- de la répartition de l'offre de soin sur le territoire.

Il s'agit d'une limite majeure à la notion même d'adaptabilité des hôpitaux. Il en résulte en effet un équilibre précaire entre le maintien équitable d'un accès à toute la gamme de soins pour la population et le développement d'activités de rentabilité variable. Or, si le secteur privé est capable de s'adapter aux soins à forte marge de rentabilité, c'est bien parce que le secteur public continue pendant ce temps à assurer l'accès à l'essentiel de la gamme de soins et la permanence des soins (urgences, Samu, transplantations, etc.). Le potentiel d'adaptabilité d'une structure est en conséquence limité par l'adaptabilité de la voisine; cela est surtout vrai dans le cas des centres hospitalo-universitaires. L'hôpital-entreprise ne peut donc pas avoir des objectifs uniquement économiques. Il est obligé d'adapter ses objectifs à la réalité. On peut parier que le cadre de cette réalité sera imposé par les agences régionales de santé (ARS). La qualité de vie française, mondialement reconnue, est peut-être aussi le fruit de cette organisation du tissu de soins sur le territoire.

La santé peut être régulée par des stratégies d'entreprise, mais dans le système actuel de financement de l'assurance maladie, cela ne peut être qu'une stratégie d'entreprise d'État et

non d'entreprise privée (à moins de réformer tout le système de santé et pas uniquement son versant hospitalier...). En effet, tous les acteurs de la santé en France sont rémunérés par l'assurance maladie. Seule la gestion de l'enveloppe générée par les soins pour chaque établissement est différente selon qu'il s'agit de structures publiques ou privées.

Le cas particulier des CHU doit être mentionné, en raison du financement mixte des hospitalo-universitaires qui dépend aussi du ministère de l'Enseignement (il serait à cet égard intéressant de mesurer la part du financement universitaire au regard du financement hospitalier : cela pourrait ouvrir des perspectives en matière de ressources et de gouvernance). Le glissement des tâches d'enseignement et de recherche dans les CHU a été possible grâce au partenariat étroit tissé avec les facultés et leur université de tutelle. Le CHU peut être considéré comme une entreprise de soins avec un secteur R&I surdéveloppé. Le retour sur investissement pour la population d'une part, l'assurance maladie d'autre part ne sont pourtant jamais considérés dans les études de rentabilité. La valeur ajoutée des activités hospitalières a été mesurée, mais ces impacts sur l'économie et l'attractivité des métropoles régionales restent à valoriser.

**Donc la notion d'hôpital-entreprise n'est valable que s'il s'agit d'améliorer ses performances globales. Elle n'est pas acceptable si elle sous-entend que la santé est régie par des objectifs purement économiques et financiers.**

**Il convient bien évidemment d'intégrer à la réflexion le coût de la santé mais aussi ce qu'elle rapporte en terme de richesse au pays, les objectifs et les contingences médicaux et scientifiques et les besoins d'accès aux soins des populations. De ces différents équilibres résulte la dimension « médico-économique » qui préside à la gouvernance partagée de l'hôpital.**

## Gouvernance concertée et médicalisation du processus de décisions

La gouvernance hospitalière puise ses racines dans deux cultures complémentaires :

- une culture médicale, empreinte de connaissances scientifiques, de principes éthiques et de valeurs humanistes;
- une culture managériale, à forte connotation juridique et décisionnelle, caractérisée par un sens élevé du service public et de l'intérêt collectif.

Ces deux cultures, médicales et managériales, poursuivent un objectif commun : contribuer à l'amélioration de la santé publique en assurant au plus haut niveau, la triple

mission des CHU – soin, enseignement, recherche. Le processus de décision doit constamment prendre en compte cette dimension.

Manager consisterait, dans cette acception, à fédérer les compétences autour d'un projet commun.

Gouverner, c'est prévoir. C'est aussi décider. Pour asseoir sa légitimité, la décision doit être co-construite et franchir un certain nombre d'étapes préalables à son acceptabilité. La dimension procédurale de la décision est un prérequis incontournable pour la réussite du management.

Si le médecin n'a pas vocation à devenir gestionnaire et inversement, le directeur à s'ériger en médecin, il n'en demeure pas moins que le médecin puise dans sa pratique médicale la légitimité à participer aux processus de décision. Il « éclaire » la décision managériale et contribue à une gouvernance guidée par la satisfaction des missions fondamentales du CHU.

**La nouvelle gouvernance suppose une mise en synergie des connaissances, des cultures médicales et managériales, basée sur la confiance, la participation et la compréhension mutuelles, au service d'une prise de décisions adaptées aux enjeux de l'institution.**

**La réforme du management ne peut se construire sur un scénario de rupture. La nouvelle gouvernance est entrée récemment dans les pratiques de pilotage du CHU Sa mise en place a fortement impacté la structuration des activités médicales et les organigrammes de direction. La création des pôles, l'installation du conseil exécutif sont à prendre en compte et à repositionner dans l'organisation future.**

## Gouvernance et pôle d'activité médicale

Le service a été l'unité d'œuvre de l'hôpital pendant de nombreuses années. À bien des égards, il reste encore cette unité d'œuvre, donc de production. La réforme de la gouvernance a voulu intégrer une nouvelle dimension en créant de véritables unités de taille optimale au sein desquelles la gestion pouvait être déconcentrée. Les PAM sont une avancée majeure. On voit bien que l'appropriation de la gestion médico-économique par les responsables médicaux peut être une vraie réussite en termes de prise de conscience des réalités, de rationalisation des pratiques, de dynamique de développement et même de résultats strictement financiers. Cette réussite doit s'appuyer sur un fonctionnement de pôle associant étroitement le bureau et le conseil de pôle. Les dispositions législatives figurant dans la loi Hôpital, patient, santé, territoire doivent donner un caractère contraignant à ce principe participatif.

La limite des pôles pourrait résider dans le fait qu'ils créent une couche supplémentaire de décision, qu'ils sont susceptibles de créer une concurrence au sein de l'établissement, donc des barrières là où existent actuellement des collaborations. Ces limites ne sont pas négligeables, mais il revient à la gouvernance de l'établissement de calibrer au plus juste du besoin la dimension du pôle, de lui offrir un périmètre réaliste et utile. On peut aussi très légitimement parier sur le pragmatisme qu'induit la mesure de l'exacte dimension de leur mission par les équipes responsables de pôles.

Les pôles sont susceptibles d'être une véritable réussite à la condition que de réels moyens leur soient octroyés au travers des COM et d'une délégation de gestion véritable. Ils sont susceptibles d'être une réussite s'ils sont justement accompagnés, s'ils sont coordonnés et si une instance supérieure est capable de mettre en cohérence les projets individuels des pôles et les objectifs stratégiques de l'établissement. Ils sont une réponse aux critiques faites sur l'effet taille négatif des CHU. Cette cohérence suppose également que les décisions déconcentrées soient en harmonie avec la politique générale de l'établissement (politique de formation, politique d'achats, politique patrimoniale...).

La question du partage de l'information et de la décision avec les responsables de pôle est légitime. Tout d'abord, un premier constat s'impose à savoir que deux formes de gouvernance se sont mises en place sans passerelle institutionnelle prévue par les textes autres que le DG et le président de CME.

Il existe aujourd'hui une gouvernance classique délibérative représentée par le CE, la CME et, *in fine*, le CA, dont la composition est réglementairement définie avec une marge de manœuvre pour le CE laissée à la discrétion du DG et président de CME. La présence de responsables de pôles est, réglementairement, uniquement envisagée au sein du conseil exécutif dont au moins la moitié des membres de la partie médicale doivent exercer une fonction de responsable de pôle. Seule leur élection à la CME ou leur désignation par celle-ci sont de nature à les faire participer de façon effective au fonctionnement des instances mais ainsi de manière limitative et non exhaustive. Celle-ci coexiste avec une gouvernance que l'on pourrait qualifier de participative et qui s'articule autour des pôles qui définissent leur projet en cohérence avec le projet d'établissement et qu'ils mettent en œuvre par un contrat conclu sur une base annuelle signée par le DG et le président de CME. Aucune passerelle n'est prévue entre ces deux formes de gouvernance en l'absence de texte prévoyant l'examen des contrats par l'une quelconque des instances délibératives. Il leur est simplement dévolu le rôle de donner leur avis sur les critères d'évaluation définis par le CA, l'évaluation elle-même étant conduite par les cosignataires du contrat.

Dès lors se posent de façon claire non seulement la question de l'association des responsables de pôles au travail délibératif ou au minimum à leur correcte information sur celui-ci, mais aussi la question du regard des instances délibératives sur le moteur même de la gouvernance qu'est le contrat.

Il paraît difficile d'hypertrophier la CME par l'inclusion en son sein de l'ensemble des responsables de pôles ce qui aurait pour effet de modifier l'équilibre des représentations du corps médical. Une solution serait de constituer une représentation supplémentaire désignée par élection au sein d'un collège spécifique, celui des responsables de pôles. Le risque serait de faire émerger un groupe de

pression supplémentaire et un concurrent potentiel au leadership du président de CME en la personne du président du collège des responsables de pôles qui ne manquera pas d'apparaître. Lui-même tirant sa légitimité d'une double élection et nomination en tant que responsable de pôle puis de responsable du collège. Est-ce réellement souhaitable au moment où se pose la question du pilotage médical de nos établissements ? Une solution plus sage consiste à assurer une information régulière sur l'état d'avancement de la gouvernance délibérative et de s'appuyer sur leurs avis pour la faire progresser par des réunions régulières animées par le président de CME avec l'ensemble des responsables de pôles.

Il apparaît par contre tout aussi important d'instaurer des passerelles entre les deux gouvernances par des modifications réglementaires qui imposeraient notamment qu'un bilan de la mise en œuvre des contrats soit obligatoirement présenté en CME et au futur directoire.

### Gouvernance et conseil exécutif

La réforme de la gouvernance s'est accompagnée de la mise en place d'un conseil exécutif associant médecins et directeurs. De fait, ce conseil exécutif est plus réellement de nature stratégique qu'exécutive. S'il n'a pas de pouvoir de décisions, il présente cependant l'intérêt de son caractère mixte : il y a une vraie richesse à faire entrer les médecins dans la gestion et à faire participer les directeurs à la stratégie médicale. Ce lieu de rencontre favorise la conjonction des opportunités médicales et financières et contribue à la construction de la stratégie globale de l'établissement.

La stratégie médicale est complexe. L'élaboration du projet médical et sa mise en œuvre doivent s'accompagner d'une connaissance en profondeur de l'établissement et de son environnement, des objectifs de santé publique, des perspectives de développement de la médecine et plus généralement de la science, des interrelations avec l'université, la faculté de médecine et les unités de recherche, d'éléments de démographie médicale et aussi, de la contrainte médico-économique.

L'essence de cette stratégie est à l'évidence médicale. Elle puise ses origines dans l'activité fondamentale de l'hôpital. **De ce fait, elle intéresse et implique tous ses dirigeants et ne peut se cantonner aux seuls médecins.** La qualification même de dirigeants ne peut être fondée sur de simples considérations de compétences techniques ou d'appartenance à un corps professionnel.

L'intégration des contraintes économiques et d'objectifs financiers dans la réflexion médicale a des répercussions sur l'organisation des soins. Les médecins, *via* les pôles d'activité médicale, la CME ou l'actuel conseil exécutif sont capables de faire la synthèse de ces différents élé-

ments. Toutefois, cette synthèse, ou les choix stratégiques qui en découlent, gagne aux échanges et au partage d'information entre médecins et directeurs. Le conseil exécutif s'est révélé à l'évidence une instance adaptée à ce partage. Il a permis l'acculturation réciproque et, de ce fait, a considérablement amélioré la qualité de la prise de décision. Le processus de médicalisation de la décision est à préserver dans le cadre du futur directoire.

### Gouvernance et commission médicale d'établissement

Le mode de désignation de la CME et de son président, sur un mode électif, est un garant d'indépendance. Il implique une reconnaissance par les pairs et, *de facto*, une adhésion au projet qu'ils portent. La sanction de leur action est de nature démocratique.

On doit souligner que, actuellement, les CME défendent bien les intérêts et les objectifs de nature institutionnelle. Leur affaiblissement, voire leur disparition, au profit d'organes non élus (collèges de responsables de pôle par exemple...) donnerait plus de poids à la représentativité catégorielle syndicale, qui resterait alors le seul organisme régulièrement élu dans l'établissement.

Il apparaît donc hautement souhaitable que les CME soient investies d'un périmètre de responsabilités clairement définies. Il s'agit nécessairement d'un périmètre stratégique incluant l'élaboration et la conduite du projet médical et institutionnel, la recherche, les affaires médicales, la qualité des soins et l'évaluation des pratiques et, pour partie, les ressources humaines soignantes.

Tout le système hospitalo-universitaire est fondé sur la notion de cooptation et de compagnonnage au sein des équipes. Il s'agit d'un bon système qui favorise la transmission des connaissances, la cohésion, la dynamique de groupe et la production scientifique.

L'hôpital public, et en particulier le CHU, fonctionne sur la base d'équipes médicales cohérentes qui assurent la formation des plus jeunes et la production de soins, et qui participent à la recherche à la promotion de l'innovation.

Il est certain que le statut des médecins à l'hôpital mérite d'être revisité. Le recrutement des praticiens doit pouvoir être rendu plus souple, mais ne pas le soumettre à cette notion d'équipe, aux besoins et aux objectifs de l'équipe serait une erreur.

Ne soumettre ce recrutement qu'aux contraintes économiques est un choix de société qui dépasse le simple hôpital.

Le système actuel, pour perfectible qu'il soit, est basé sur une organisation démocratique. **De ce fait, la CME, organe élu, exprime ses choix et les soumet au directoire qui a pour rôle de les valider ou non.**

## Commission médicale d'établissement et direction

Il faut veiller à ne pas trop « distraire » les producteurs de soins de leurs fonctions premières qui ont fait l'objet d'un lourd investissement initial. Le risque d'un détournement et d'une dispersion des forces du CHU est grand et les problèmes de retour en fonction sont complexes. Cela étant, pour remédier aux cloisonnements, il paraît souhaitable d'explorer des domaines partagés, de créer de la fluidité et d'aménager des zones d'interface médecins/directions favorisées par l'attribution de missions à des médecins travaillant en binômes avec des cadres de direction. Plusieurs secteurs d'activité sont identifiés comme pouvant se prêter à ce type d'organisation.

## Mission de gestion, animation des pôles, analyse médico-économique

Point de rencontre des départements d'information médicale et de la direction de l'analyse de gestion, ce binôme suit l'activité des pôles et anime des comités ou groupes de travail. Il suit l'évolution de la performance médico-économique des pôles et fournit l'information nécessaire à la relation coordonnateurs de pôle/président de CME/directeurs.

## Mission en stratégie et prospective

Elle associerait, dans une direction revisitée faisant la part entre la veille réglementaire et technologique et l'orientation de la politique de santé d'une part et l'appui à la constitution des dossiers qui relèvent d'un secrétariat spécialisé et performant d'autre part, un ou des médecins de la CME, si possible issus de la santé publique et le directeur de la stratégie. La direction du contrôle de gestion serait associée aux travaux de ce département ainsi que d'autres directions (équipements hospitaliers, qualité, systèmes d'information, ressources médicales).

## Mission recherche, innovations et liaisons avec les partenariats

Un chargé de mission de la CME assisté de médecins rattachés au pôle de santé publique et de médecins délégués désignés par la faculté et l'université constituerait la structure médicale. La direction de la recherche pourrait être refondée autour de ces objectifs. La formation initiale (médicale, infirmière, kiné...) et continue (liaison avec licences et masters, stages...) pourrait faire partie de ses attributions.

## Mission qualité et sécurité des soins

Cette mission aurait pour rôle de suivre et de mettre en œuvre les obligations réglementaires concernant la qualité et la sécurité des soins, mais aussi de définir une politique de « démarche qualité » propre à l'institution. Elle intégrerait des structures médicales placées sous la direction du chargé de mission CME (comme la coordination des vigilances et des risques sanitaires,

la cellule d'évaluation médicale), la direction de la qualité actuelle, la direction des soins.

Mission des équipements hospitaliers et des achats

Entre les pôles d'activité médicale, leurs besoins et les contrats de pôles précisant les moyens, la CME et la DG doivent élaborer une véritable politique des équipements hospitaliers. Cette structure, construite sur le même modèle que les autres, pourrait être missionnée pour cela.

## Mission ressources médicales

Cette délégation se ferait confier une mission spécifique d'aide au pilotage prospectif.

## Mission sur le système d'information et de l'organisation des processus

Il est indispensable de séparer maîtrise d'œuvre et maîtrise d'ouvrage. La maîtrise d'ouvrage est l'affaire du directoire.

L'organisation des processus est nécessaire. Elle doit être pilotée par une structure dont la légitimité, basée sur une connaissance approfondie des métiers, ne fait aucun doute auprès des professionnels. La direction informatique seule ne peut légitimement assurer ce rôle. Ce constat milite pour la mise en place d'une mission bien équilibrée.

Le rôle de cette mission pourrait être d'assister la maîtrise d'ouvrage pour la préparation du schéma directeur et l'alignement stratégique. La révision argumentée des processus et de l'organisation est dans le champ d'activité de ce département. Il convient de séparer la « méthodologie du système d'information » de la vision « informatique », qui est seconde et ne doit pas prendre le pas sur les processus métiers de l'hôpital.

Ces missions ne sont proposées que pour exemple et peuvent se concevoir dans d'autres domaines tels que les travaux ou les relations avec les correspondants et les usagers.

## Conseil de surveillance et directoire

Le projet de loi Patients, santé et territoire rénove les instances et le mode de pilotage de l'hôpital en vue d'instaurer un mode de management plus dynamique.

Le conseil d'administration est remplacé par un conseil de surveillance centré sur les orientations stratégiques de l'établissement, sa politique d'évaluation et de contrôle.

Le directoire conseille le directeur dans la gestion et la conduite de l'établissement. Il est présidé par le directeur. Le président de la CME est vice-président du directoire.

**Le directoire est fortement impliqué dans l'élaboration et la mise en œuvre de la stratégie, y compris la stratégie médicale. Au sein du directoire, la voix médicale, porteuse des orientations médicales, des progrès scientifiques et des valeurs éthiques doit être entendue. De même, la direction ne peut être écartée de la stratégie médicale.**

## Président de CME et directeur

Entre le directeur, président du directoire, nommé et seul responsable, à l'échelon institutionnel, sur les plans juridique, stratégique et financier, et le président de la CME, vice-président du directoire, élu par la communauté médicale, garant de la stratégie et de l'éthique médicale, il importe de trouver les meilleurs équilibres pour préserver les objectifs prioritaires définis par la CME et délibérés par le conseil de surveillance.

**Le président de la CME, en association avec le doyen, doit assumer la direction de la stratégie médicale à côté du directeur. Ce triptyque est le garant du respect de la prééminence des intérêts médico-économiques sur les seuls intérêts économiques, financiers ou catégoriels.**

Le directeur doit rendre compte, devant le directoire et le conseil de surveillance, pour toute décision importante, de l'avis rendu par le président de la CME, garant des orientations du projet médical et de l'éthique médicale dans la gestion du CHU

## Conclusion

*Oui* à une stratégie d'entreprise à l'hôpital, mais une stratégie adaptée à l'hôpital et non l'inverse.

*Oui* à une stratégie qui respecte les spécificités de l'hôpital et qui soit guidée par les choix médicaux et non par un simple objectif de rentabilité financière.

La médecine hospitalière peut rester rentable si elle prend en compte tous ces aspects, si les secteurs les plus productifs, en venant en atténuation des secteurs les moins productifs, permettent d'équilibrer les comptes sans diminuer l'offre de soin et la dynamique d'innovation.

*Oui* pour une stratégie d'entreprise médicale et non administrative, tournée vers la qualité, la référence et l'équité

de l'accès au soin et non vers le productivisme exclusif qui ne fera que détruire un outil fragile mais d'une qualité exemplaire.

*Oui* à une stratégie d'entreprise médicale, participative, fondée sur une expression démocratique qui garantit la représentativité d'intérêts institutionnels et non pas uniquement catégoriels.

*Oui* à des instances fortement impliquées dans le pilotage, à un management fondé sur les principes d'autonomie, à des lignes hiérarchiques clairement définies, à des responsables parfaitement identifiés, à un processus décisionnel adapté à un management moderne et dynamique.