



Etiquetés comme un des CHU les plus déficitaires de France en raison d'investissements aussi nécessaires que considérables, atteignant au total près d'un milliard d'euros, les Hospices Civils de Lyon ont conduit ces cinq dernières années un plan de redressement dénommé « Cap 2013 » qui a permis de ramener ce déficit à 17,5 millions d'euros contre 100 millions auparavant. Un deuxième plan, baptisé « Horizon 2017 » a pour objectif de poursuivre cet effort à travers soixante-quinze projets touchant tous les secteurs de l'activité hospitalière, de la blanchisserie à la réorganisation des blocs opératoires, en passant par le développement de l'ambulatorio, l'efficience des chemins cliniques, la mutualisation de la biologie ou des secrétariats médicaux. Plutôt que de considérer ces chantiers comme des contraintes, la direction du CHU en a fait de véritables défis, enjoignant ses équipes à viser la performance.

Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview - Interview

Dominique Deroubaix, directeur général des Hospices Civils de Lyon : « Faire des HCL un CHU plus ouvert, plus simple, plus innovant, plus performant. »

Quelle est la situation financière actuelle des HCL ?

Dominique Deroubaix :

Grâce à des efforts considérables, conduits par l'ensemble de la communauté hospitalière, les HCL

sont sortis de la très difficile situation financière qu'ils ont connue dans les années 2000 et qui avait pour origine la conjonction de deux phénomènes concomitants : dans les années 1995-2000, les HCL ont mené une grande réflexion sur le développement urbain qui a abouti à des investissements nécessaires mais considérables avec,

notamment, la construction du bâtiment médico-chirurgical de l'hôpital de la Croix-Rousse, du pavillon médical au Centre Hospitalier Lyon - Sud et l'hôpital Femme-Mère-Enfant (HFME) à l'Est. Soit un total de près d'un milliard d'euros. Au même moment, en 2008, était appliquée la tarification à l'activité à 100% qui comporte une grave limite : la T2A ne prend pas en compte les frais d'amortissement et financiers liés à des investissements lourds. Avec la dotation globale, ces réalisations étaient supportables et les HCL étaient solvables. Avec la T2A, les HCL ont encaissé un choc qui s'est traduit en un an par un déficit de 94 millions d'euros auquel s'est ajoutée une perte de 50 à 60 millions des

aides annuelles de la tutelle. Un premier plan, appelé Cap 2013, avait pour objectif un retour à l'équilibre budgétaire en 2013. Cap 2013 identifiait cent quarante-cinq chantiers dans tous les domaines avec l'objectif de réduire les coûts tout en améliorant la prise en charge du patient. Grâce aux efforts de tous, le déficit a été ramené à 17,5 millions en 2013. Il n'a pas pu être totalement comblé parce qu'il a fallu appliquer certaines dispositions réglementaires comme des augmentations de salaires ou de cotisations, mais je n'ai jamais vu, au cours de ma carrière, une telle évolution positive. Tout le monde s'y est mis.



Ces efforts sont-ils suffisants ?

D.D : Nécessaires, c'est évident. Suffisants, malheureusement non. Car un autre challenge est devant nous, compte tenu de la situation économique du pays et je ne vois pas au nom de quel principe le monde de la santé serait exonéré de l'effort de réduction de la dette qui est demandé à toute la nation. Nous allons devoir faire face à des nouvelles contraintes économiques et financières. Nous savons déjà que l'Objectif national des dépenses de l'Assurance maladie (ONDAM) sera en 2015 autour de 2% contre 2,4 ou 2,6% jusqu'à présent. Or la dynamique naturelle de la dépense hospitalière atteint 2,5%. Ces 2% d'augmentation devront couvrir également les dépenses de la médecine de ville et du secteur médico-social. Aussi ne restera-t-il pour l'hôpital que 1,6 ou 1,7, peut-être 1,8% d'augmentation, ce qui est bien inférieur à ce que nous avons connu ces dernières années. Nous savons donc que nous entrons dans une période difficile. Le nouveau projet Horizon 2017 ne comporte que 80 projets, mais il devrait entraîner une transformation profonde des HCL en s'appuyant sur quatre principes : faire des HCL un CHU plus ouvert, plus simple, plus innovant, plus performant. Plus ouvert sur son environnement, en développant des liens avec la médecine de ville et en facilitant l'accès de l'hôpital public au patient. Plus simple, en allégeant les procédures et en modernisant les systèmes d'information car la complexité a un coût. Plus innovant, en optimisant la recherche qui représente un potentiel considérable (en allant chercher des contrats auprès des industriels, en renforçant les programmes hospitaliers de recherche clinique), mais aussi innovant dans les prises en charge (ambulatoire, fast track, chemins cliniques). Plus performant, enfin, en révisant les paradigmes de fonctionnement, les

process administratifs, en se remettant en cause. L'efficience, ce n'est pas seulement réduire les dépenses, c'est améliorer l'organisation interne du CHU.

Avez-vous les moyens de cette ambition ?

D.D : Nous allons nous appuyer sur deux volets. Tout d'abord, les négociations avec l'Agence régionale de Santé (ARS), en vue d'un retour à l'équilibre en 2017, nous ont permis d'obtenir une aide « sanctuarisée » de 16 millions d'euros par an. Par ailleurs, nous avons également contractualisé un plan de relance des investissements, avec notamment deux grosses opérations essentielles pour les HCL : la 1^{ère} tranche de la modernisation de l'hôpital Edouard Herriot et la rénovation de l'hôpital Louis Pradel. Au total, plus de 900 millions d'investissements sur dix ans pour divers travaux, les équipements et les systèmes d'information. Au milieu des années 2000, les HCL investissaient 170 millions par an. Nous n'avons aujourd'hui plus que 80 à 90 millions par an mais au bout de dix ans, nous ne serons pas loin du milliard. Ce programme d'investissements est justifié : il reste la moitié des lits à rénover aux HCL. Mais il faut le réaliser sans alourdir les frais d'exploitation. D'où le plan Horizon 2017 qui a pour objectif d'améliorer la performance du CHU. L'hôpital public est en continuelle mutation. Mais le mouvement s'accélère, le temps se précipite. Nous devons faire face à un vieillissement du matériel et des technologies. Si nous voulons offrir des soins au meilleur coût, il faut viser la performance des équipes et des équipements. La médecine ne connaîtra peut-être plus de progrès spectaculaires, mais des améliorations dans les traitements, la prise en charge des pathologies et du vieillissement. C'est une évolution culturelle.

Ce plan s'accompagnera forcément d'une réduction des effectifs. Comment allez-vous manager les relations humaines ?

D.D : Le CHU perd une centaine d'emplois par an, sans licenciements mais par non remplacement des départs ou par non renouvellement de certains contrats. Les réductions d'effectifs ont donc pour origine ces départs ou fins de contrats. Surtout, elles sont l'occasion de réorganisations importantes, de regroupements de services, de mutualisations qui doivent permettre de maintenir, voire d'améliorer, la qualité de notre offre. Nous faisons aussi le choix de l'externalisation de certaines activités comme nous le réalisons actuellement avec la fonction ménage. Au-delà, il est évident que la gestion des ressources humaines, dans une telle période de réformes et de changements, nécessite un management fin. La première priorité est d'être le plus clair et le plus transparent possible, dans les choix stratégiques effectués. Il faut donner le cap, expliquer sans relâche le sens de l'action conduite. Les êtres humains ont besoin de comprendre l'organisation dans laquelle ils s'inscrivent et ce n'est qu'à ce prix qu'ils peuvent y adhérer. Il faut aussi accompagner les personnels vers un changement culturel : celui de la nécessaire adaptation, permanente, des organisations. Enfin, nous devons avoir un management qui s'appuie davantage encore sur l'encadrement intermédiaire et notamment les médecins chefs de service et les cadres, dans une collaboration à encourager sans cesse.

