

LE RISQUE DE RÉFORMES HOSPITALIÈRES INAPPROPRIÉES : L'EXEMPLE DE L'HÔPITAL PUBLIC FRANÇAIS

Robert Holcman

Directeur d'hôpital et docteur en sciences de gestion. Chargé de mission.

Chaire « Economie et gestion des services de santé », Conservatoire national des Arts et Métiers
292, rue Saint-Martin, 75003 Paris, France

Adresse mail professionnelle : robert.holcman@cnam.fr

Site personnel : www.robertholcman.net

Résumé :

Le système hospitalier public français est en péril parce que les réformes dont il fait actuellement l'objet – sans précédent dans leur ampleur et dans la brièveté de leur application – sont adossées à un diagnostic erroné de sa situation. La mise en œuvre de la « Nouvelle gouvernance », qui structure les établissements de santé en pôles d'activité regroupant plusieurs services de soins, du nouveau régime budgétaire, et de la tarification à l'activité, n'apporte pas de réponse aux difficultés structurelles qu'affronte l'hôpital public français. Ces réformes hospitalières sont davantage une déconcentration au niveau des établissements de l'absence de décision politique au niveau national. Le véritable déterminant de la crise de l'hôpital public français est l'impuissance dans laquelle se trouvent les équipes de direction des hôpitaux, en particulier s'agissant des dépenses incompressibles et de l'incapacité à contrôler le recrutement des médecins. Les réformes qu'il aurait fallu engager plutôt portent : sur l'allègement des effectifs *via* les départs massifs à la retraite qui se profilent ; sur la mise en cohérence de la gouvernance des hôpitaux, affligés d'une profusion d'instances dirigeantes concurrentes ; sur une redéfinition et une rationalisation de la carte hospitalière.

Mots clés :

Diagnostic – système hospitalier – réformes – erreurs – risques

Les réformes hospitalières en cours d'application en France

L'hôpital public français est en péril parce que les réformes dont il fait actuellement l'objet – sans précédent dans leur ampleur et dans la brièveté de leur application – sont adossées à un diagnostic erroné de leur situation (Holcman, 2007a). Ces réformes suivent trois axes : une nouvelle organisation interne ; un nouveau régime budgétaire ; de nouvelles modalités de financement.

Depuis le 1^{er} janvier 2007, l'activité des hôpitaux publics français est structurée en « pôles ». Jusque là, l'activité de soins s'organisait autour des services, eux-mêmes définis par un ou plusieurs organes – cardiologie (cœur), hépatologie (foie, pancréas), pneumologie (poumon), etc. – ou bien par une ou plusieurs fonctions : gastro-entérologie (système digestif), orthopédie (squelette), rhumatologie (articulations)... La « Nouvelle gouvernance » par pôles d'activité réunit les services par cohérence de pathologies dont les patients peuvent souffrir. Le pôle « cœur/poumon » va ainsi rassembler les services de cardiologie et de pneumologie ; le pôle « tête/cou » regroupera les services d'ORL et de stomatologie... L'objectif est à la fois de faciliter le séjour ou le parcours du patient dans l'hôpital, en lui évitant de passer de services en services, de mutualiser les moyens mis en œuvre, et d'associer les personnels soignants à la gestion des établissements publics de santé.

Parallèlement, un nouveau régime budgétaire a été imposé à l'hôpital public : l'état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD). Auparavant, l'exécution du budget d'une année était évaluée l'année suivante, ce qui permettait aux hôpitaux de dépasser les crédits qui leur avait été accordés. En estimant et en sanctionnant en amont tout risque de dépassement budgétaire, l'EPRD fait prévaloir une logique financière dans la gestion des hôpitaux. Désormais, ce n'est plus leur activité qui détermine les moyens (et donc les dépenses) qui leur sont nécessaires, mais bien les recettes dont ils disposent qui conditionnent leurs dépenses, leurs investissements... et donc leur activité.

La troisième réforme majeure que connaît l'hôpital public français porte sur son mode de financement. Jusqu'en 2004, le budget des hôpitaux publics était constitué pour les trois-quarts environ d'une dotation forfaitaire allouée par le ministère de la Santé, et ce quelque soit le volume, la nature et l'évolution de leur activité. La tarification à l'activité (ou T2A) consiste désormais à financer les hôpitaux sur la base de leur activité réelle (Fessler, 2005). A chaque acte, chaque pratique, chaque type de soin, correspond un tarif : le financement public des hôpitaux dépendra du nombre d'actes pratiqués et du tarif de ces derniers une fois que la T2A sera entrée totalement en vigueur (Fessler, 2003 et 2007). La tarification à l'activité est une réforme prometteuse dont les objectifs étaient de mettre fin au financement actuel des hôpitaux, aussi injuste qu'inefficace, et de les inciter à la productivité. Quelle soit leur activité, leur évolution, leur dynamisme ou leur inertie, la dotation globale des hôpitaux restait en effet inchangée ou presque. Ce mécanisme de financement pénalisait les établissements les plus dynamiques, les plus innovants, les plus engagés dans la recherche de l'excellence ; pire encore, elle encourageait l'inertie et la perte de technicité des hôpitaux : à budget inchangé, il est plus facile de gérer un établissement de moins en moins technique et donc de moins en moins dépensier.

Un diagnostic erroné

Ce sont là des réformes importantes qui, chacune, affecte en profondeur l'activité et l'organisation interne des hôpitaux publics (Vincent, 2006). Leur caractère exceptionnel provient de la concomitance et de la brièveté de leur période de mise en œuvre. Surtout, le problème de ces réformes est qu'elles se fondent sur la conviction implicite que les moyens actuels de l'hôpital public français seraient suffisants pour répondre à ses missions et que les difficultés budgétaires et financières qu'il rencontre

ressortiraient à la mauvaise gestion de ses dirigeants, incapables de mettre un coup d'arrêt à des dépenses jugées inconsidérées, et de susciter réorganisation et rationalisation de l'activité des hôpitaux qu'ils dirigent (Holcman, 2007b).

La « Nouvelle gouvernance » des hôpitaux et, tout particulièrement, la structuration de leur activité en pôles forment une nouvelle tentative – salutaire – de dépasser les clivages entre services et d'associer les médecins à leur gestion. Le « patrimonialisme » est, en effet, l'un des handicaps importants de gestion dans les établissements publics de soins : lits, matériels, personnels, sont considérés comme appartenant au service alors que c'est le service qui en réalité appartient à l'hôpital. Les pôles sont censés contribuer au dépassement de cette « féodalité » hospitalière en instaurant une gestion commune des moyens – en équipements, en matériels et en personnels – pour l'instant peu ou pas partagés.

Les expériences similaires conduites dans le passé ont pourtant connu des résultats peu encourageants. Les fédérations de médecine et les centres de responsabilité visaient le même objectif que les pôles, cependant que l'amendement dit « liberté » autorisait les établissements de soins à déterminer librement leur organisation interne. Ces dispositifs ont été peu utilisés parce que médecins et chefs de services n'y ont pas vu d'intérêt ; dès lors, on ne voit pas pourquoi ils en trouveraient davantage aux pôles, si proches des dispositifs précédents.

De même, contraindre financièrement les hôpitaux – comme c'est le cas avec l'EPRD –, leur appliquer un régime budgétaire aussi draconien, les forcer à une gestion par leur fonds de roulement, donner aux organisations syndicales et à la communauté médicale la possibilité de saisir le conseil d'administration des dérives constatées dans les dépenses, revient au fond à porter l'anathème sur la qualité de la gestion des équipes de direction. Le problème, hélas, n'est pas là : s'il ne s'agissait que d'une question de personnes, ce serait une merveilleuse nouvelle et l'EPRD aurait toutes chances de produire les effets qu'on en attend. Mais il n'en est pas ainsi : quelle que soit la composition des équipes de direction les difficultés structurelles de financement des hôpitaux ne changeront pas.

En faisant semblant de considérer leur budget comme suffisant, les autorités sanitaires déconcentrent au niveau des hôpitaux l'absence de décision politique prise au niveau national, en particulier quant au nombre trop important d'établissements (Vallancien, 2006). C'est, en réalité, l'impuissance du management qui explique en grande partie la situation de l'hôpital public, et pas la personnalité ou la formation de ceux qui assument sa direction. Cette impuissance se constate dans le caractère incompressible de la majorité des dépenses des hôpitaux – au premier rang desquelles les frais de personnels –, et dans l'incapacité des directions à contrôler le recrutement des médecins.

Des dépenses incompressibles

Quand bien même une part importante de la conception et de la mise au point des nouvelles molécules se fait dans les hôpitaux, ces derniers n'ont aucun moyen d'action sur le niveau des prix des nouveaux médicaments qui leur sont proposés. Dès lors que leur efficacité est validée scientifiquement, qu'elles ont obtenu une autorisation de mise sur le marché, au nom de quelle légitimité pourrait-on contester la nécessité d'utiliser les molécules les plus récentes, et donc les plus coûteuses ? Puisque ce n'est pas l'hôpital qui décide du prix des médicaments, quand bien même il contribue puissamment à leur élaboration, comment faire le reproche à ses dirigeants de ne pas contrôler les dépenses qui lui sont liées ? Si l'on considère que le prix des médicaments, notamment les plus innovants, est trop élevé, c'est aux autorités sanitaires de se saisir du dossier, pas aux équipes de direction des établissements

de santé. Il en est également ainsi de l'évolution de la réglementation. Le scandale du sang contaminé et les risques de contamination par prions (l'affaire de la « vache folle ») ont, par exemple, conduit les autorités sanitaires à imposer l'utilisation quasi-exclusive de matériels à usage unique dans les hôpitaux – et c'est heureux. Le progrès est indéniable mais il a un coût, fondé sur l'acquisition de ces matériels et sur leur renouvellement permanent.

Les frais de personnel, quant à eux, représentent environ les trois-quarts du total des dépenses des hôpitaux publics français, et sont constitués pour leur plus grande part par le traitement des fonctionnaires hospitaliers dont le niveau et la progression relèvent du statut de la fonction publique. Ainsi, la revalorisation des salaires des fonctionnaires décidée au printemps 2005 (0,5 % en juillet et 0,3 % en novembre) a accru de 110 millions d'euros les dépenses des hôpitaux français, sans que les directions puissent arbitrer quant à cette dépense.

Surtout, on peut constater dans les établissements de santé l'existence d'un nombre de métiers bien trop élevé (Ministère de la Santé, 2004) et une répartition surprenante des qualifications au sein du personnel non soignant. La Cour des Comptes (2006) vient de rappeler que 80 % des 743 471 agents (équivalent temps plein en 2002) de la fonction publique hospitalière appartenait au personnel soignant (dont 53 340 au personnel médical), les 20 % restant se répartissant entre les personnels administratifs, socio-éducatifs, ouvriers et techniques. Elle a également rapporté que le personnel soignant se répartissait entre 85 % de paramédicaux, 9 % de personnels médicaux et 6 % de personnels médico-techniques ; le personnel non soignant se composant de 38 % de personnels administratifs (y compris les secrétaires médicales, dont les 22 000 membres exercent en majeure partie leur activité dans les services de soins), de 6 % de personnels socio-éducatifs et de 56 % d'agents des services ouvriers et techniques.

C'est ce dernier chiffre qui pose particulièrement problème : plus de 87 000 personnes travaillent dans les services ouvriers et techniques alors que 35 000 agents appartiennent au personnel médico-technique. Les personnels des services ouvriers et techniques sont affectés dans les services support des hôpitaux qui, longtemps, ont tendu vers l'autonomie, pour ne pas dire l'autarcie, en internalisant l'ensemble des activités nécessaires à leur fonctionnement : bâtiment, restauration, automobile, blanchisserie, entretien, etc. La filière médico-technique, quant à elle, est composée des personnels chargés de faire fonctionner les plateaux techniques des hôpitaux : imagerie médicale (radiologie, scanner, IRM...), pharmacie, laboratoires, stérilisation, rééducation. On y trouve ainsi des manipulateurs en électroradiologie médicale, des laborantins, des techniciens de laboratoire, des kinésithérapeutes...

En d'autres termes, dans les hôpitaux publics français, il y a deux fois plus de salariés dédiés à l'entretien des voitures et des jardins, à la fabrication des repas, à la blanchisserie et le ménage, que d'agents dont le rôle est d'assurer le fonctionnement des laboratoires, des scanners et des IRM, de préparer et de distribuer les médicaments. Ce constat est d'autant plus préoccupant que le recours des hôpitaux publics aux entreprises de travaux et de maintenance ne se dément pas... loin de là. Alors que leurs services techniques sont pléthoriques, ils recourent chaque année davantage aux prestations d'entreprises privées chargées d'accomplir des travaux qui pourraient l'être par ces services.

Ce décalage révèle une absence de cohérence et de stratégie à moyen/long terme dans les décisions de recrutements. A l'heure où l'activité des hôpitaux est soumise à une pression financière sans précédent, on peut se demander s'il est bien raisonnable de continuer de faire prendre en charge toutes les activités support par des personnels des établissements de soins.

Quel impact pour la tarification à l'activité ?

Dans ces conditions, la tarification à l'activité – censée contraindre les établissements à des efforts de productivité – a peu de chance de produire les effets attendus (Seydoux et *al.*, 2006). En premier lieu, établir un lien entre la « production » de l'hôpital et ses dépenses revient, par le biais d'une comptabilité analytique précise, rigoureuse et pertinente, à imputer à la production de soins l'ensemble des charges supportées par les hôpitaux. Or les frais liés directement à l'activité des services de soins (hors personnel) ne pèsent que de 10 à 15 % du total des dépenses engagées par les hôpitaux. Le reste est constitué des frais de personnels (les trois-quarts environ), des dépenses dites « hôtelières et générales » (chauffage, électricité, alimentation, eau...) pour 10 à 15 % aussi, et de frais financiers pour 5 %. Les membres des services de soins auront donc beau jeu de suggérer que les efforts de productivité commencent d'abord à être mis en œuvre dans les services supports de l'hôpital.

En second lieu, dans la mesure où la masse salariale représente les trois-quarts environ des dépenses, les efforts de productivité induits par la T2A devraient s'exercer prioritairement dans ce domaine. Or le personnel des hôpitaux publics est formé dans son immense majorité par des fonctionnaires hospitaliers employés à vie. Par conséquent, quelque soit les efforts de productivité consentis par un établissement, il ne sera pas en mesure de se séparer des agents dont le travail n'est plus indispensable et de faire les économies auxquelles la T2A l'incite fortement. Comme tous les hôpitaux français sont soumis à la même contrainte, il y a peu de chances que les mutations entre établissements soient nombreuses : les seules variables d'ajustement qui restent sont la formation continue et les départs en retraite. L'incitation à la productivité est donc une notion qui a comme corollaire la possibilité de faire varier le volume de la main d'œuvre ; dès lors que cette possibilité est extrêmement réduite dans les hôpitaux, aussi forte soit l'incitation elle ne produira pas les effets escomptés.

L'incapacité des directions à contrôler le recrutement des médecins

S'agissant du recrutement des médecins, ce n'est pas le chef d'établissement qui contrôle, décide, ou arbitre à l'hôpital, contrairement à ce qui se passe dans les établissements privés – qu'ils soient à but commercial ou non lucratif : dans les hôpitaux publics français, il est au mieux consulté sur cette question. Or les médecins sont les producteurs de soins. De leur compétence, de leur spécialisation, de leurs capacités, dépendent pour une grande part le volume de personnel et le niveau de dépenses de l'hôpital où ils exercent. Si l'on prend l'exemple d'un médecin qui doit être remplacé dans le service d'imagerie médicale (radiologie), le profil de son successeur peut avoir une influence extrêmement importante sur l'activité du service. Si un médecin radiologue « généraliste », faisant de l'interprétation de clichés, est remplacé par un médecin pratiquant la radiologie dite « interventionnelle », la modification de l'activité du service aura des conséquences sur son organisation interne, sur les cycles de travail de ses agents, et sur ses dépenses. La radiologie interventionnelle (ponctions, biopsies, drainage traitement complexe de lésions malformatives ou tumorales) se faisant sous anesthésie, elle nécessite la présence d'un médecin anesthésiste et d'infirmières spécialisées en anesthésie ; si les patients subissent une anesthésie générale, il faudra alors prévoir une salle de réveil, la présence et la formation de personnels dédiés à cette nouvelle activité. Les matériels employés – en particulier les sondes parfois posées – sont très coûteux, et génèrent des frais sans commune mesure avec ceux d'une radiologie standard.

On le voit, le niveau du salaire du praticien hospitalier recruté est fort éloigné de l'impact global que son profil professionnel, sa spécialisation, peut avoir sur le service qui l'accueille. Dans ces conditions, on pourrait s'attendre à ce que le chef d'établissement soit au moins consulté sur le sujet. Ce n'est pas de compétences techniques ou de capacité à les juger qu'il s'agit-là : bien évidemment, le directeur d'un hôpital n'est pas en mesure de juger de l'aptitude de tel ou tel médecin ; il devrait être, en revanche, en situation de pouvoir s'interroger quant à l'adéquation de son recrutement avec le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens de l'établissement qu'il dirige.

Le projet d'établissement d'un hôpital est, en effet, la déclinaison au niveau local du schéma régional d'organisation sanitaire, qui prévoit l'organisation territoriale des moyens permettant d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire, en suscitant notamment les adaptations nécessaires du dispositif hospitalier. L'existence d'un projet d'établissement approuvé est une condition préalable à la conclusion d'un contrat d'objectifs et de moyens – entre l'hôpital et l'Agence régionale de l'hospitalisation – qui définit les conditions de mise en œuvre des orientations stratégiques des établissements. L'activité d'un hôpital public n'est donc pas déterminée par l'agrégation aléatoire des compétences médicales au fil du temps, c'est l'expression au niveau local de la politique hospitalière conduite par les autorités sanitaires nationales.

Les médecins avancent – à juste titre – qu'ils ne démarchent pas les patients et que les activités nouvelles qu'ils créent parfois correspondent à des besoins de la population. C'est tout à fait juste. Mais la question est que les médecins hospitaliers sont des professionnels brillants, qui tendent vers l'excellence technique de leur discipline – cette dernière ne correspondant pas nécessairement à la mission dévolue à l'établissement dans lequel ils exercent. Dit autrement, les médecins hospitaliers – évalués et jugés sur leurs publications scientifiques – sont enclins à faire évoluer leur activité vers une technicité toujours plus pointue... et toujours plus coûteuse en matériels et en personnels (Stuedler, 1973). Or cette tendance partagée conduit à la dispersion et à l'atomisation de l'activité hospitalière et des moyens affectés en regard. La rationalisation de l'activité hospitalière passe par l'affectation de missions précises et de moyens afférant aux établissements de soins, c'est tout l'objet des schémas régionaux d'organisation sanitaires. Autoriser un chef d'établissement à donner son avis sur le recrutement des médecins hospitaliers ne reviendrait donc pas à lui accorder un pouvoir discrétionnaire dans un domaine de compétences qu'il ne maîtrise pas, une faculté indue de juger de leur compétence professionnelle, mais lui donnerait les moyens de vérifier l'adéquation de ces recrutements avec l'orientation de l'activité de l'établissement de soins qu'il dirige, et dont il doit rendre compte.

Le printemps 2006 a pourtant vu se jouer en France un psychodrame quant au pouvoir de nomination des praticiens hospitaliers, que le ministère de la Santé voulait déconcentrer au niveau des hôpitaux. Les praticiens hospitaliers se sont mis en grève et ont obtenu que le ministère conserve cette prérogative. Au final, le décret pris en octobre 2006 sur le sujet ne mentionne même pas le chef d'établissement quand il s'agit de la nomination des praticiens hospitaliers : on ne saurait mieux exprimer qu'il n'a pas son mot à dire dans le recrutement des médecins de l'hôpital qu'il dirige.

L'impuissance du management des hôpitaux est renforcée par la fragmentation institutionnelle dont ils sont affligés. L'hôpital manque de beaucoup de choses mais pas d'instances de décision : le conseil d'administration, la direction, la commission médicale d'établissement, les instances paritaires et, depuis peu, le conseil exécutif – qui rassemble notamment les responsables de pôles. Cette dispersion institutionnelle se conjugue avec l'absence criante des médecins des équipes de direction qui, bien qu'expliquée par l'existence dans les hôpitaux d'une double filière hiérarchique – celle des médecins et celle de la direction – n'en reste pas moins à l'origine de nombreux dysfonctionnements. Le chef d'établissement dispose d'une autorité hiérarchique sur tous les personnels de l'hôpital, à l'exception

notable des membres du personnel médical qui ne ressortissent en rien à son autorité, quand bien même ils sont employés et payés par l'hôpital. L'appréciation portée sur les membres de cette filière reste à l'initiative des chefs de service, ce sont eux qui proposent le recrutement, la poursuite ou la fin des contrats des médecins, des pharmaciens et des odontologistes. Symétriquement, les membres du personnel médical travaillent avec des collaborateurs paramédicaux qu'ils n'ont pas choisi la plupart du temps, qu'ils n'évaluent pas ni ne notent.

Les réformes qu'il aurait fallu engager

Les réformes les plus importantes à conduire à l'hôpital portent en réalité sur l'utilisation de la révolution démographique actuellement en cours, sur l'entrée des médecins dans les équipes de direction, et sur la diminution de l'offre hospitalière « aigue ».

En 2003, le ministère de la Santé français a fait connaître les projections démographiques auxquelles il était parvenu à l'échéance 2015. De 1999 à 2015, la fonction publique hospitalière aura perdu 55 % de ses effectifs en raison des départs à la retraite. Sur la période, la perte d'effectifs se montera à 47 % dans la filière administrative, 50 % dans la filière médico-technique, 56 % dans les services de soins, et 58 % dans la filière technique et ouvrière. Le pic des départs se situera en 2012 pour l'ensemble de l'effectif avec 30 000 départs à la retraite prévus cette année là, dont 20 000 pour la seule filière des services de soins. Il reste donc une décennie pour agir sur ce levier majeur des dépenses hospitalières. Ces personnels ayant été recruté sous statut, il n'est ni possible ni même moral de s'en séparer, ils ont droit à la carrière professionnelle qu'on s'est engagé à leur offrir à leur entrée dans la fonction publique. Seul le non-renouvellement d'une partie des départs à la retraite permettrait de faire significativement varier le volume de la fonction publique hospitalière.

La décentralisation de la décision de non-renouvellement des départs à la retraite au niveau des hôpitaux ayant conduit depuis longtemps à stériliser les initiatives locales en ce sens, la convergence du mouvement de départs sur une période limitée réclame une réponse au niveau national, sous la forme d'un pilotage centralisé. L'externalisation de certaines activités support, en effet, ne peut se traduire, à court et à moyen terme, que par une hausse des dépenses : la redondance temporaire entre équipes internes et prestataires extérieurs devra être financée le temps que les agents qui tenaient ces fonctions soient partis à la retraite et que leur activité soient intégralement prise en charge par les prestataires externes.

Autre piste de réforme à envisager, l'entrée des médecins dans les équipes de direction, seule réforme à même de provoquer une véritable mutation dans les mentalités à l'hôpital. Leur absence introduit une distorsion dans la prise de décision au plus haut niveau des hôpitaux, les choix et les arbitrages se portent naturellement sur les enjeux dont personne n'est en charge d'assurer la représentation – en l'occurrence ceux qui concernent au premier chef la communauté médicale –, ce qui nuit gravement à la légitimité des décisions prises dans ce contexte (Holcman, 2006). Toute tentative d'organisation et de rationalisation de l'activité des hôpitaux risque donc d'être prise pour une tentative de banalisation et de délégitimation du pouvoir de l'organisation soignante (Holcman, 2002). La présence des médecins dans les équipes dirigeantes des hôpitaux permettrait de modifier en profondeur l'organisation du travail dans les services de soin, de susciter l'appropriation des impératifs de gestion, et – en retour – de renverser l'ordre des priorités dans les réformes conduites par les directions. Avec des médecins en leur sein, les directions des hôpitaux deviendraient l'instance d'arbitrage des conflits entre ses différentes composantes, le lieu où les intérêts en présence seraient confrontés. La prise de décision en serait ainsi renforcée, légitimée, validée. L'arrivée des médecins dans les équipes de direction

devrait entraîner la fusion de leurs organes de représentation : la Commission médicale d'établissement et le Conseil exécutif.

Cette réforme devrait s'accompagner d'une dévolution croisée des pouvoirs entre l'organisation dirigeante et l'organisation soignante des hôpitaux. Il est difficile d'exiger d'un directeur d'hôpital qu'il respecte le budget alloué à son établissement alors qu'il ne dispose même pas d'un droit de regard sur les nominations des praticiens qui y exercent. Il devrait avoir le droit de vérifier l'adéquation du recrutement de tel ou tel praticien avec le projet d'établissement et le contrat d'objectifs et de moyens de l'hôpital qu'il dirige. Cette dévolution devrait évidemment avoir comme corollaire le transfert d'une partie du pouvoir décisionnel à l'organisation soignante : en particulier, l'affectation des personnels paramédicaux dans les services de soins devrait *a minima* recueillir systématiquement l'assentiment des chefs de services ; dans l'idéal, les profils de recrutement souhaités par ces derniers seraient préalablement transmis à la direction des ressources humaines afin qu'elle y ajuste ses démarches de recrutements ou de mutations internes des personnels.

Resterait alors la question fondamentale du couplage entre capacité de décision et responsabilité des décisions prises, suivant l'adage : « Qui est responsable décide ; qui décide est responsable. » L'exemple des établissements privés – à but lucratif ou non lucratif – est là pour le souligner, l'efficacité gestionnaire n'est pas détachable de la cohérence hiérarchique au sein d'une même organisation : les hôpitaux français ne peuvent avoir qu'un seul patron, alors que ce n'est pas le cas actuellement.

Enfin, c'est à une redéfinition en profondeur de la carte hospitalière qu'il faudrait procéder (De Kervasdoué, Picheral, 2003). Le relatif insuccès des mécanismes de diminution de l'offre hospitalière déjà expérimentés est dû à l'opposition qu'ils ont suscitée, et doit conduire à ajuster les dispositifs d'application. La réduction du nombre d'hôpitaux est nécessaire mais dans la pratique sa mise en œuvre se confronte à des obstacles, pas tous illégitimes : il faut bien concéder qu'il est politiquement suicidaire pour un maire de consentir à la fermeture d'un hôpital dans la ville qu'il dirige, ou même d'un des services de cet hôpital. Dans le même temps, on s'aperçoit que l'excès d'hôpitaux se situe dans le secteur des soins aigus (le secteur MCO : médecine, chirurgie, obstétrique), alors que le secteur des soins de suite et des soins de longue durée souffre lui d'un manque de structures d'accueil. Le vieillissement et l'amélioration de l'état de santé de la population accroissent les situations de dépendance et rendent nécessaire l'augmentation massive des structures de prise en charge des populations âgées – qu'elles soient malades, peu malades, ou pas malades du tout. Actuellement, ces structures font défaut, c'est là notamment l'une des causes de l'engorgement des services d'accueil des urgences, en raison de la difficulté à trouver des lits « d'aval » pour les personnes âgées.

La transformation d'hôpitaux de soins aigus en hôpitaux de soins de suite et de long séjour permettrait de concentrer et de rationaliser l'offre de soins hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique, tout en développant l'offre de soins d'accompagnement et de prise en charge peu ou pas médicalisée. Cette solution, politiquement acceptable par les municipalités concernées, ne générerait pas d'économies substantielles à court terme ; à moyen ou long terme, en revanche, les gains seraient extrêmement importants. Dans les années à venir, en effet, les besoins en structures d'accueil devront être satisfaits. Si le nombre d'hôpitaux de soins aigus reste inchangé, de nouveaux établissements de soins de suite et de long séjour devront être bâtis, équipés et dotés en personnel, alors que les surcapacités en soins aigus perdureront. Transformer aujourd'hui des hôpitaux d'aigus en hôpitaux de soins de suite et de longue durée, c'est anticiper sur des évolutions inéluctables et, par là, générer des économies considérables.

Ce n'est pas une gestion rigoureuse qui menace l'hôpital public, c'est l'application de remèdes inappropriés. Le succès apparent des réformes hospitalières actuelles dans un contexte inchangé signifierait que des sacrifices fondamentaux auraient été consentis. Dès lors que leurs dépenses sont constituées pour les trois-quarts de frais de personnels et que les autres postes principaux sont structurellement à la hausse, un budget à l'équilibre signifierait que des coupes claires auraient été faites sur d'autres postes de dépenses.

Références bibliographiques

- Cour des Comptes (2006). *Les personnels des établissements publics de santé*, Paris.
- Fessler, J. M. (2005). Réflexions hospitalières : de l'usage de l'étude nationale des coûts dans le dispositif de la tarification à l'activité. *Rev. Hospit. de France*, 503, 62-65.
- Fessler, J. M. (2007). De la T2A à l'efficience. *Enj. Hospit.*, 5, 13-16.
- Fessler, J. M., Frutiger P., Deschamps C. (2003). *La tarification hospitalière à l'activité : éléments d'un débat nécessaire et propositions*. Rueil-Malmaison, Lamarre.
- Holcman, R. (2007a). L'hôpital public en péril. *Le Débat*, 146, 148-156.
- Holcman, R. (2007b). *La fin de l'hôpital public ?* Rueil-Malmaison, Lamarre.
- Holcman, R., (2006). *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles : ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital*, Th. Doctorat, Sciences de gestion. Paris, Conservatoire national des Arts et Métiers.
- Holcman, R., (2002). Quelle spécificité de l'organisation du travail dans les services de soins ? Tâches standardisées et tâches spécifiques par type d'agent. *Gestions hospitalières*, 421, 785-794.
- Kervasdoué, de J., Picheral, H. (Dir.) (2003). *Carnet de santé de la France 2004. Santé et territoire*. Paris, Dunod/La Mutualité française.
- Ministère de la Santé et de la Protection sociale (2004). *Répertoire des métiers de fonction publique hospitalière*. Rennes, Editions de l'ENSP.
- Seydoux, S., Aballéa, P., Bras, P. L. (2006). *Mission d'appui sur la convergence tarifaire public privé*, rapport n° 2006-009. Paris, Inspection générale des Affaires sociales.
- Stuedler, F. (1973). Hôpital, profession médicale et politique hospitalière. *Revue française de sociologie*, XIV, 13-40.
- Vallancien, G. (2006). *L'évaluation de la sécurité, de la qualité et de la continuité des soins chirurgicaux dans les petits hôpitaux publics en France*, Rapport. Paris, Ministère de la Santé.
- Vincent, G. (2006). Réformes hospitalières. Quels enjeux ? *La Rev. Hospit. de France*, 509, 12-13.