

---

# Le *papy-boom*: une chance historique pour l'hôpital public français

---

*Robert Holcman*

---

Conservatoire national des Arts et Métiers, Paris

---

**Résumé** L'hôpital public français, qui tient une place éminente dans les dépenses de sécurité sociale, est soumis à un ensemble de réformes qui modifient en profondeur son équilibre financier et l'organisation interne de son activité. Pourtant, il n'est pas en mesure de faire face à l'exigence de productivité qui lui est imposée: ses dépenses sont constituées aux trois quarts par sa masse salariale; les agents qu'il emploie sont en grande majorité des fonctionnaires hospitaliers dont il ne peut se détacher. Seule la révolution démographique en cours, qui verra partir la moitié des effectifs de la fonction publique hospitalière française durant la prochaine décennie, peut donner l'occasion de modifier durablement le volume de la main-d'œuvre.

**Mots clés** Hôpital; personnel médical; dépenses publiques; aspect démographique; retraite; France.

---

103

L'hôpital public français fait l'objet d'un faisceau de réformes, justifiées par son poids important dans les dépenses de sécurité sociale. L'enjeu de la maîtrise des dépenses hospitalières s'inscrit dans un contexte caractérisé par divers facteurs. D'abord, il y a la réduction de la durée du travail à 35 heures par semaine — y compris à l'hôpital. Mais il y a aussi le vieillissement démographique qui entraîne automatiquement un accroissement des dépenses de protection sociale (santé et retraite). Il ne faut pas non plus oublier les contraintes budgétaires et financières dictées par le Pacte de stabilité et de croissance que la France ne parvient pas à

Adresse pour la correspondance: Robert Holcman, Conservatoire national des Arts et Métiers, Chaire économie et gestion des services de santé, 292, rue Saint-Martin, 75003 Paris; courriel: robert.holcman@cnam.fr.

respecter. Enfin, on voit se développer une attitude plus exigeante de la part des patients, qui peut aller jusqu'au consumérisme et à la judiciarisation des rapports avec le corps médical.

En moins de deux décennies, les hôpitaux publics français ont connu une recomposition sans précédent. L'accélération du progrès technologique nécessite des personnels sans cesse plus qualifiés et introduit des modifications importantes dans l'organisation du travail. Le renforcement des campagnes ciblées de santé publique (sida, hépatite C, obésité, etc.) sollicite de plus en plus les établissements, confrontés à l'exigence d'une gestion plus affinée des risques passant par l'extension des démarches de qualité et d'accréditation.

Dans le même temps, le nouveau régime budgétaire des hôpitaux publics provoque un resserrement financier sans précédent cependant que les nouvelles modalités de leur financement, fondées sur leur activité, les incitent puissamment à la productivité.

La nécessité d'un contrôle rigoureux des dépenses et d'une rationalisation dans l'utilisation des moyens mis à disposition met en lumière le poids prépondérant de la masse salariale dans le total des dépenses des hôpitaux. Alors que les trois quarts environ de leurs engagements sont constitués de la rémunération de leur personnel, les établissements publics de santé ne peuvent plus éluder cette question.

Le problème est que les effectifs des hôpitaux publics français sont dans leur immense majorité constitués de fonctionnaires, assurés d'un emploi à vie. Aussi fortes soient les incitations à la productivité, elles viennent buter sur cette réalité qui a paralysé toute initiative de rationalisation dans les années précédentes. Le risque social est si élevé qu'il a découragé les décideurs hospitaliers de faire du volume du personnel une variable d'ajustement.

L'expérience montre que l'hôpital n'a pas fait les bons choix jusqu'à présent en termes de réduction des coûts, s'attaquant au cœur de son activité plutôt qu'à ses composantes périphériques. C'est pourquoi la décennie à venir sera cruciale pour l'avenir de l'hôpital public en France. L'arrivée à l'âge de la retraite des générations du *baby-boom* ouvrira une fenêtre d'opportunité pour modifier en profondeur la composition et le volume des effectifs qu'il emploie.

Après avoir rappelé la structuration de la sécurité française et le poids de l'hôpital public, on décrira les particularités du système hospitalier français et on les comparera à celles d'autres pays industrialisés. Ensuite, on montrera en quoi la question du personnel est centrale dans la gestion des établissements publics de soins et pourquoi cette question n'a pas été traitée jusqu'à maintenant. On estimera enfin dans quelle mesure les évolutions démographiques de la fonction publique hospitalière constituent une chance historique pour l'hôpital public français.

**Tableau 1.** Répartition par branche des dépenses de sécurité sociale (en milliards d'euros, 2005)

Maladie-Maternité-Invalidité-Décès	148
Dont ONDAM, composé principalement de:	135
Soins de ville	62
Services publics hospitaliers <sup>a</sup>	51
Etablissements privés à but lucratif	10
Accidents du travail et maladies professionnelles	11
Vieillesse-veuvage	155
Famille	52
Total des dépenses de sécurité sociale	366

<sup>a</sup> Hôpitaux publics et établissements privés participant au service public hospitalier.

## L'hôpital public français et ses réformes

### *Les quatre branches de la sécurité sociale française*

Les dépenses de sécurité sociale se sont élevées à 366 milliards d'euros en 2005<sup>1</sup>, répartis entre ses quatre branches: accidents du travail et maladies professionnelles (11 milliards d'euros); vieillesse-veuvage (155 milliards); famille (52 milliards); maladie-maternité-invalidité-décès (148 milliards d'euros) (tableau 1).

Depuis 1996, ces dépenses sont encadrées et contrôlées par le biais de la loi de financement de la Sécurité sociale votée chaque année par le Parlement. Cette loi définit précisément les dépenses de l'assurance maladie au sein de la branche maladie-maternité-invalidité-décès, par le biais de l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Cet objectif, qui ne comprend pas les frais non couverts par l'assurance maladie (ticket modérateur hospitalier restant à la charge du patient; dépassements d'honoraires médicaux; prestations exclues de par leur nature du remboursement), s'est élevé à 135 milliards d'euros en 2005<sup>2</sup> (De Kervasdoué, 2005).

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie ne peut se confondre avec les objectifs de dépenses des branches «Maladie-maternité-invalidité-décès» et

1. A cette date, deux réformes sont entrées en vigueur: le plan de redressement de l'assurance maladie 2005-2007, ainsi que la mise en œuvre en grandeur réelle de la tarification à l'activité. Le périmètre des dépenses incluses dans la ligne «Etablissements de santé» a été élargi: les dépenses relatives à l'activité des établissements des départements d'outre-mer français y ont été intégrées, ainsi que les dépenses liées aux produits consommables du secteur privé jusque-là comptabilisées dans les soins de ville.

2. L'objectif pour 2007 est de 144 milliards d'euros.

«Accidents du travail et maladies professionnelles». Il comprend, pour la métropole et les départements d'outre-mer, les dépenses remboursées par les régimes obligatoires de base. Il s'agit des dépenses de soins de santé (dépenses de soins ambulatoires et dépenses d'hospitalisation) pour les risques maladie, maternité et accidents du travail ainsi que des dépenses de prestations en espèces pour les risques maladie et accidents du travail. Pour le risque accidents du travail, seules sont retenues les dépenses liées à l'incapacité temporaire. Sont donc exclus de cet objectif, les rentes d'accidents du travail, les indemnités journalières du risque maternité, les dépenses de gestion administrative, d'action sanitaire et sociale, les dépenses des fonds dans le secteur de la maladie, les transferts et les frais financiers (Huteau, 2001).

Il est à noter que l'indemnisation du chômage n'est pas comprise dans les dépenses de sécurité sociale et qu'une cinquième branche, la dépendance, a vocation à s'ajouter bientôt aux quatre premières.

### **Les caractéristiques du système hospitalier français**

Comparativement à d'autres pays, la France est dotée d'un système hospitalier caractérisé par un nombre très élevé d'établissements mal répartis sur le territoire national, par le rôle prépondérant du secteur public, et par le poids très important du personnel dans les dépenses hospitalières.

#### *Un nombre très élevé d'hôpitaux mal répartis sur le territoire national*

L'espérance de vie à la naissance en France est d'un peu plus de 79 ans, soit la même que celle que l'on peut observer en Italie. Elle est légèrement inférieure à celle de l'Espagne et un peu supérieure à celle de l'Allemagne et du Royaume-Uni (78,5 ans). En regard de ce résultat en termes d'état de santé général de la population, on constate que la France compte 450 000 lits d'hôpitaux, soit davantage que le Royaume-Uni et l'Italie, avec 240 000 lits environ. C'est cependant nettement moins que l'Allemagne, dont les 700 000 lits s'expliquent pour partie par sa population de 80 millions d'habitants contre 60 millions pour la France. Si l'on raisonne par rapport à la population, l'Allemagne dispose de 8,6 lits par millier d'habitants contre 7,5 pour la France et 4,1 au Royaume-Uni.

En revanche, tous secteurs (public, privé lucratif et privé non lucratif) et toutes activités confondus, la France compte 2900 établissements de santé, alors qu'on en recense 3500 en Allemagne, 1400 au Royaume-Uni et 1300 en Italie. Rapportés à la population de chaque pays, ces chiffres sont encore plus saisissants: il y a 4,8 établissements pour 100 000 habitants en France, contre 4,2 en Allemagne, 2,3 au Royaume-Uni et 2,2 en Italie. Si l'on circonscrit l'analyse aux hôpitaux publics, on constate que 54 pour cent d'entre eux sont équipés de moins de 200 lits, 77 pour

cent ont moins de 400 lits, 16 pour cent disposent de 400 à 800 lits, et 7 pour cent sont dotés de plus de 800 lits. L'offre hospitalière française est donc non seulement atomisée, mais aussi concentrée sur de petits et très petits hôpitaux (OCDE, 2006).

La répartition des hôpitaux sur le territoire national ne répond pas à une plus grande rationalité. Si l'on raisonne en nombre total d'établissements et en taille de ces derniers, on peut faire plusieurs constats. En premier, le nombre total d'hôpitaux dans chaque département est presque totalement déterminé par le nombre de petits hôpitaux (moins de 400 lits): à quelques exceptions près — Paris, Val-de-Marne, Pas-de-Calais, Gironde... — les départements disposant du plus grand nombre d'hôpitaux sont ceux où l'on constate la présence la plus importante d'hôpitaux de moins de 400 lits. C'est le cas du Nord, de la Loire-Atlantique, du Rhône, par exemple, qui arrivent en tête du classement des départements les mieux dotés. On se rend compte ensuite qu'il existe une relation inverse entre le nombre et la taille des hôpitaux dans les départements: moins il y a de grands établissements dans un département, plus le nombre d'hôpitaux augmente, comme si le nombre compensait la taille (De Kervasdoué, Picheral, 2003).

### *La dispersion d'un personnel pourtant abondant*

Première conséquence de cette situation, la France consacre davantage de moyens aux dépenses de soins en milieu hospitalier: 6 pour cent de son produit intérieur brut, contre 3,8 pour cent en Allemagne et 3,4 pour cent en Italie. Cela s'explique par le nombre élevé des emplois hospitaliers, lui-même rendu nécessaire par la multiplication des structures de soins sur le territoire national. La France compte 1,2 million d'emplois dans ses hôpitaux, soit autant qu'en Allemagne, alors que ce dernier pays a 20 millions d'habitants et 250 000 lits hospitaliers en plus!

En dépit de ce nombre important de salariés dans ses hôpitaux, la France — paradoxalement — est un pays pauvrement doté en personnels de soins par lit d'hôpital. L'effectif moyen par lit des personnels de soins aigus est de 1,64 personne par lit en France, contre 2,03 en Allemagne, 3,07 en Italie, 3,57 en Espagne et 6,5 au Royaume-Uni. La situation est tout aussi préoccupante s'agissant des personnels infirmiers: l'effectif moyen en France est de 0,56 personne par lit, contre 0,75 en Allemagne; 1,36 en Italie; 1,68 en Espagne; 1,8 au Royaume-Uni. On trouve là encore la confirmation de la dispersion excessive des personnels de soins en un nombre particulièrement élevé de structures de santé (OCDE, 2006).

### *Le rôle prépondérant du secteur public dans le système hospitalier*

La part du secteur public est prépondérante dans le système hospitalier français, même si la France se caractérise par le poids important du secteur privé lucratif dans

**Tableau 2.** Part dans l'offer totale de soins des établissements publics et privés

Nombre d'établissements				
Secteur public (33%)		Secteur privé (67%)		
		A but non lucratif (28%)		A but lucratif (39%)
DG	DG (24%)	OQN (44%)		OQN
PSPH	PSPH	PSPH	Non-PSPH	Non-PSPH
Nombre de lits d'hospitalisation complète				
Secteur public (65%)		Secteur privé (35%)		
		A but non lucratif (15%)		A but lucratif (20%)
DG	DG (13%)	OQN (2%)		OQN
PSPH	PSPH	PSPH	Non-PSPH	Non-PSPH

PSPH: participant au service public hospitalier.  
 DG: financement par dotation globale.  
 OQN: financement par objectif quantifié national.

les capacités hospitalières (20 pour cent), notamment en comparaison des Etats-Unis (12 pour cent), de l'Allemagne (10 pour cent) et du Royaume-Uni (10 pour cent) (McKee, Healy, 2002; OCDE, 2006).

En nombre d'établissements, le secteur privé est majoritaire, en raison de l'atomisation de ce secteur caractérisé par la taille réduite des structures (tableau 2). En revanche, en nombre de lits, le service public hospitalier est très fortement majoritaire: aux 65 pour cent du secteur public proprement dit, il faut ajouter les établissements privés, non lucratifs, participant au service public hospitalier (tableau 2).

En 2004, sur un total de 11,2 millions d'admissions en soins aigus, 69,4 pour cent étaient prises en charge par le service public hospitalier<sup>3</sup>. En termes d'admissions globales, quelle que soit l'activité, la part du service public hospitalier est de 69,7 pour cent en 2004<sup>4</sup>. En nombre de lits de soins aigus, on constate que sur un total de 151 568 lits, 65,7 pour cent sont installés dans le service public hospitalier en 2003.

Dans le secteur social et médico-social, le secteur public est prépondérant. Parmi les établissements de soins de suite et de rééducation, le service public hospitalier représente les trois quarts des lits installés. En soins de longue durée, c'est un quasi-monopole qu'on peut observer, avec 98 pour cent des lits installés<sup>5</sup>.

3. Hôpitaux publics et établissements privés à but non lucratif financés comme s'ils étaient publics. Ces chiffres sont tirés de la statistique annuelle des établissements (SAE) compilés par la Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES) du ministère de la Santé.

4. Chiffres Eco-Santé France 2006.

5. Chiffres Eco-Santé France 2006.

C'est donc le poids du service public hospitalier dans les dépenses d'assurance maladie en France qui confère à ce secteur une si grande importance d'un point de vue financier. Au sein de l'ONDAM, les dépenses liées au service public hospitalier (hôpitaux publics et établissements privés à but non lucratif financés comme les établissements publics) s'élèvent à 51 milliards d'euros, contre 62 milliards d'euros pour les soins de ville (tableau 1). Le service public hospitalier représente donc 37,6 pour cent de l'ONDAM, 34,2 pour cent des dépenses de la branche maladie-maternité-invalidité-décès, et 13,9 pour cent des dépenses totales de sécurité sociale. Rapportées au produit intérieur brut (PIB), les dépenses liées au service public hospitalier représentent 3 pour cent de la richesse nationale produite annuellement.

Il faut ajouter que le secteur public sanitaire prend en charge les pathologies les plus graves et les plus compliquées. Tout effort de rationalisation de l'activité et d'encadrement budgétaire — tel qu'il transparait tout particulièrement dans les réformes en cours d'application dans les établissements publics de soins — doit donc tenir compte de cette réalité.

### Les critères de classement des établissements de santé

Il convient en premier lieu d'établir une distinction entre établissements sociaux, médico-sociaux et établissements sanitaires — la césure entre ces trois catégories d'établissements s'établissant sur le fait de proposer une activité de soin: totalement, partiellement ou pas du tout<sup>6</sup>. Les établissements sanitaires font exclusivement du soin; s'ils accueillent d'autres activités dans leur enceinte, ces dernières sont suivies séparément, en particulier d'un point de vue budgétaire. Les établissements médico-sociaux sont d'abord des établissements sociaux qui assurent au surplus certains soins que peut réclamer l'état de leurs patients, les soins les plus lourds étant pris en charge dans le domaine sanitaire. Enfin, les établissements sociaux n'ont aucune activité de soins.

Le champ de l'activité des établissements sociaux et médico-sociaux est large: prise en charge des mineurs; éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation; aide par le travail; réadaptation, préorientation et rééducation professionnelles; accueil des personnes âgées ou assistance à domicile; accueil des personnes adultes handicapées; accueil, soutien ou accompagnement social des personnes ou des familles en difficulté ou en situation de détresse, ou bien des personnes en situation d'addictologie...

Par hôpital, on entendra donc établissement sanitaire ou établissement de santé. Au sein du secteur sanitaire, l'activité se répartit entre trois composantes: médecine,

6. Pour une typologie des établissements publics de soins français, voir Balsan (2004) et Cueille (2005).

chirurgie, obstétrique (MCO, qu'on dénomme aussi «soins aigus»; les soins de suite et de réadaptation (SSR), les soins de longue durée (SLD). Dans le secteur sanitaire, plusieurs critères de classement concourent à la catégorisation des établissements de soins: le champ et la nature de l'activité; le secteur public ou privé; le but commercial ou non; la participation au service public; le mode de financement.

Les établissements de santé peuvent être publics ou privés. En général, en France, par hôpital on entend un établissement public de santé rattaché à une collectivité locale. Pour être plus précis, il faut rappeler néanmoins que les établissements privés ne sont pas tous des entreprises à but lucratif ou commercial. Les établissements privés à but non lucratif dépendent d'associations, de congrégations religieuses, ou bien d'organismes sociaux telles les mutuelles ou les caisses d'assurance maladie. Quand ils participent au service public hospitalier, ces établissements sont financés par les fonds publics et, à ce titre, soumis aux mêmes règles de gestion que les hôpitaux publics.

Les établissements privés à but lucratif sont des entreprises, appartenant à des particuliers ou à des sociétés. Leur mode de fonctionnement et leurs modalités de financement sont donc ceux des entreprises privées, leur objectif est de faire des bénéfices.

Quand la tarification à l'activité (réforme explicitée ci-dessous) fonctionnera à plein régime<sup>7</sup>, tous les établissements de santé — publics comme privés — devraient être soumis au même mode de financement. Jusque-là, le financement des établissements de santé continuera, pour partie en tout cas, à faire coexister deux régimes spécifiques qui permettent de distinguer les établissements: la dotation globale et l'objectif quantifié national (OQN).

La dotation globale est une somme forfaitaire allouée aux établissements publics et à la majeure partie des établissements privés non lucratifs — participant ou non au service public hospitalier. Quelques rares établissements à but non lucratif demeurent, toutefois, financés sous OQN (tableau 2). La dotation globale forme une part prépondérante des recettes des établissements qui y sont soumis.

L'OQN est une modalité de financement au séjour combinant rémunérations au prix de journée et paiement à l'acte. Son objectif est de contrôler l'évolution des dépenses en fonction du volume d'activité réalisé l'année précédente. Les dépenses des établissements privés à but lucratif et celles, donc, d'une centaine d'établissements privés à but non lucratif sont encadrées par l'OQN.

Plusieurs des critères de différenciation des établissements de santé se croisent. Il n'y a pas une cohérence de principe entre statut public ou privé, mode de

7. Son entrée en vigueur est progressive: en 2004, elle représentait 10 pour cent du budget des hôpitaux, 25 pour cent en 2005, 35 pour cent en 2006.



**Tableau 3.** Les trois grands types d'établissements de santé en France par critères

	Hôpitaux publics	Etablissements privés participant au service public hospitalier	Etablissements privés à but lucratif
Financement actuel <sup>a</sup>	Public (dotation globale)	Public (dotation globale)	Privé (objectif quantifié national)
Financement future <sup>a</sup>	Tarification à l'activité		
Employés médicaux	Salariés en majorité Régime libéral dans les hôpitaux locaux	Salariés en majorité	Régime libéral en majorité
Employés non médicaux	Fonctionnaires en majorité	Contrats privés	
Participation au service public hospitalier	Oui	Oui	Juste les centres de lutte contre le cancer
Formation d'étudiants en médecine	Une vingtaine d'hôpitaux universitaires	Juste les internes en médecine	Non
Formation de personnels paramédicaux (infirmières, aides soignantes, kinésithérapeutes...)	Certains	Non	
Accueil des urgences	Certains	Certains	Non

<sup>a</sup> Le passage du financement actuel au financement futur (la tarification à l'activité pour tous les établissements) est progressif; la période actuelle est une phase de transition entre les deux systèmes.

financement et champ d'activité. Comme le montre le tableau 2, il y également une forte corrélation entre secteur public, participation au service public hospitalier et financement public. Il existe également une logique entre secteur privé, but lucratif, non-participation au service public hospitalier et financement non public.

Les hôpitaux publics se répartissent aussi suivant leur taille et leur éventuelle spécialisation: les centres hospitaliers régionaux sont de taille très importante, et presque tous universitaires; les centres hospitaliers sont d'une taille moyenne, et les hôpitaux locaux de petite taille — les deux dernières catégories ne sont pas universitaires. Les centres hospitaliers spécialisés le sont, dans le domaine de la psychiatrie.

Au total, il faut distinguer trois grandes catégories d'hôpitaux en France (tableau 3): les hôpitaux publics, universitaires ou non, les établissements privés participant au service public hospitalier, et les établissements privés à but lucratif (Chaleix, Mermilliod, 2005).

En termes de capacité d'accueil, le service public hospitalier est prépondérant; c'est le poids de ce secteur dans le système hospitalier français, ainsi que le non-respect récurrent des budgets alloués (Causa et al., 2003), qui a justifié les réformes en cours d'application.

## Les réformes en cours d'application à l'hôpital public

Ces réformes suivent trois axes: une nouvelle organisation interne; un nouveau régime budgétaire; de nouvelles modalités de financement.

Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2007, l'activité des hôpitaux publics 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), etc. La «nouvelle gouvernance» 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'oto-rhino-laryngologie 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 service en service, 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). Sous le régime précédent, l'exécution du budget d'une année était évaluée l'année suivante, ce qui permettait aux hôpitaux de dépasser les autorisations de dépenses qui leur avaient été accordées. En empêchant les dépassements budgétaires, 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 (Mercereau et al., 2005).

L'objectif de ce nouveau dispositif budgétaire est d'estimer et de sanctionner en amont tout risque de dépassement financier. A chaque moment de l'exercice budgétaire, les responsables hospitaliers doivent être en mesure d'estimer les recettes et les dépenses à venir durant l'année d'exécution. En cas d'écart significatif et prolongé entre les objectifs et les résultats, le conseil d'administration de l'hôpital peut recourir à un audit externe et — si besoin est — adopter un plan de redressement à la demande de l'Agence régionale de l'hospitalisation<sup>8</sup> dont relève l'établissement.

Antérieurement, un déficit d'exploitation n'obérait pas la capacité de l'hôpital à commander et à investir. Désormais, avec la logique financière de l'EPRD, tout

8. Créées en 1996 pour gérer la politique hospitalière au niveau régional, les Agences régionales de l'hospitalisation sont chargées de la répartition du budget national accordé aux hôpitaux publics. Elles sont donc concernées par le premier poste de dépenses des hôpitaux publics, le personnel.

déficit d'exploitation diminuera les fonds propres de l'hôpital et obligera à repenser les modes de financement des investissements prévus. Selon les termes mêmes des concepteurs du projet: «L'EPRD tend à privilégier les investissements financièrement équilibrés.» (Ministère de la Santé, DHOS, 2005). Avec le budget, l'équilibre demeurerait l'objectif; avec l'EPRD, il devient la réalité.

La troisième réforme majeure que connaît l'hôpital public 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 — la dotation globale — allouée par le ministère de la Santé, et ce quels que soient le volume, la nature et l'évolution de leur activité. La mise en œuvre de la dotation globale répondait à un double objectif: contrôler l'accroissement des dépenses hospitalières et introduire dans les hôpitaux une réflexion quant à la meilleure utilisation des fonds attribués en une incitation à la productivité. Ce mécanisme de financement pénalisait les établissements les plus dynamiques, les plus innovants, les plus engagés dans la recherche de l'excellence, puisque tout cela se faisait à budget constant. Pire encore, la dotation globale 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.

La tarification à l'activité est une réforme prometteuse dont l'objectif est de mettre fin au financement actuel des hôpitaux, aussi injuste qu'inefficace, et de les inciter à la productivité. Ce nouveau mode de financement des hôpitaux publics français consiste désormais à financer les hôpitaux sur la base de leur activité réelle. A chaque acte, chaque pratique, chaque type de soin, correspond un tarif: le financement public des hôpitaux dépend maintenant<sup>9</sup> du nombre d'actes pratiqués et du tarif de ces derniers<sup>10</sup>.

Ce sont là des réformes importantes qui, chacune, affecte en profondeur l'activité et l'organisation interne des hôpitaux publics (Vincent, 2005 et 2006; Vasselle, 2006). Leur caractère exceptionnel provient de la concomitance et de la brièveté de leur période de mise en œuvre. Ces réformes incitent puissamment les établissements de santé à la productivité. Le problème est que l'hôpital ne lutte pas à armes égales avec le secteur privé — tout particulièrement en raison de la structure de ses effectifs, principalement constitués de fonctionnaires hospitaliers.

9. Plus précisément une fois que la tarification à l'activité sera entrée totalement en vigueur: le passage de la dotation globale à la tarification à l'activité se fait en effet par l'instillation progressive d'un pourcentage de tarification à l'activité dans le financement des hôpitaux, pourcentage allant croissant chaque année.

10. C'est en tout cas l'objectif revendiqué de la tarification à l'activité. Dans la réalité, le lien entre tarif et coût n'est pas aussi mécanique qu'on veut bien l'affirmer. On n'entrera pas ici dans cette dimension très technique du sujet; on se reportera utilement à Fessler et al. (2003) et Fessler (2007).

**Tableau 4.** *Dépenses et recettes dans les établissements de soins*

Groupes ou titres	Charges ou dépenses	Produits ou recettes
1	Personnel	Versements de l'assurance maladie/tarifcation à l'activité
2	Caractère médical	Autres produits de l'activité hospitalière
3	Caractère hôtelier ou général	Autres produits
4	Amortissement, provisions financières et exceptionnelles	

### **Le poids déterminant du personnel dans les dépenses hospitalières publiques**

Les dépenses des hôpitaux publics français se répartissent entre quatre groupes: dépenses liées au personnel; dépenses à caractère médical; dépenses à caractère hôtelier et général; dépenses financières (tableau 4). Les frais relatifs au personnel pèsent entre les deux tiers et les trois quarts du total des dépenses; les dépenses financières (amortissement, provisions financières et exceptionnelles) représentent de 5 pour cent à 10 pour cent des dépenses totales. Les dépenses à caractère médical et à caractère hôtelier se montent respectivement de 10 à 15 pour cent du total des dépenses des hôpitaux. La masse salariale représente donc jusqu'à 75 pour cent du budget des hôpitaux, cependant que les frais directs liés à l'activité médicale n'en constituent que de 10 à 15 pour cent environ (Holcman, 2006a).

Dans un rapport récent, la Cour des comptes (2006) indique que 21 pour cent des effectifs des établissements publics de santé ne relèvent pas du soin, ce qui n'est pas déraisonnable (tableau 5). Les hôpitaux pratiquent une activité de main-d'œuvre, il n'y a là rien de nouveau. Le problème vient davantage du volume global de personnels non soignants et de la répartition des types d'effectifs au sein de cette catégorie. Les personnels administratifs représentent 38 pour cent des effectifs non soignants. Cette catégorie comprend toutefois les membres du corps des secrétaires médicales qui réunit 22 099 personnes (37 pour cent des personnels administratifs) sur un total de 59 910 agents composant cette catégorie. Les secrétaires médicales exercent en majeure partie leur activité dans les services de soins et, quand bien même elles ne sont pas soignantes, contribuent éminemment à leur fonctionnement.

En revanche, les personnels des services ouvriers et techniques constituent plus de la moitié des personnels non soignants; ils sont plus d'une fois et demie plus nombreux que le personnel médical, et deux fois et demie plus nombreux que les personnels médico-techniques. Dit abruptement, il y a dans les hôpitaux français deux fois et demie plus de gens pour entretenir les bâtiments, les jardins et les

**Tableau 5.** *Personnel soignant et personnel non soignant dans les établissements de santé publics (au 31 décembre 2002, sauf personnel médical, 2003)*

Catégorie de personnel	ETP <sup>a</sup>	Personnel soignant (pour cent)	Personnel non soignant (pour cent)	Total général (pour cent)
Personnel médical (2003)	53 340	9,1	—	7,2
Personnel des services de soins	498 770	84,9	—	67,1
Personnels médico-techniques	35 306	6,0	—	4,7
<b>Total personnel soignant</b>	<b>587 416</b>	—	—	<b>79,0</b>
Personnels administratifs	59 910	—	38,4	8,1
Personnels socio-éducatifs	8 795	—	5,6	1,2
Personnels des services ouvriers et techniques	87 350	—	56,0	11,7
<b>Total personnel non soignant</b>	<b>156 055</b>	—	—	<b>21,0</b>
<b>Total général</b>	<b>743 471</b>	—	—	<b>100,0</b>

<sup>a</sup> ETP: équivalent temps plein.

Source: Cour des comptes (2006).

automobiles, que pour faire fonctionner les scanners, les laboratoires et les IRM<sup>11</sup>. Ce constat est d'autant plus préoccupant que le recours aux entreprises pour accomplir des travaux d'entretien ne se dément pas, bien au contraire. Alors que leurs services techniques sont pléthoriques, les hôpitaux publics français recourent chaque année davantage aux prestations d'entreprises privées chargées d'accomplir des travaux qui pourraient l'être par leurs services techniques. L'explication provient du fort taux de syndicalisation de leurs membres et de leur très faible polyvalence: les serruriers ne font pas de travaux de peinture; les menuisiers ne passent pas la tondeuse; les plombiers ne font pas de maçonnerie, etc. La forte syndicalisation de ces personnels les laisse à l'abri de toute suggestion de rationalisation de leur activité (Holcman, 2006b).

Marqués culturellement par l'urgence liée à certaines situations de soins, les établissements de soins ont été conduits à étendre ce principe de gestion aux nombreux secteurs que leur activité mobilise. Le ministère de la Santé (2004) a recensé pas moins de 183 corps différents de fonctionnaires hospitaliers parmi les plus variés — couvreur, maçon, responsable espaces verts, projeteur bâtiment, carrossier, etc. — voire les plus exotiques pour un hôpital: lingère couturière, coiffeur, esthéticienne, solier-moquettiste, jardinier paysagiste, cinéaste/vidéaste, infographiste, responsable culturel, etc. 135 des 183 corps ainsi compilés ne relèvent pas du soin.

11. Imagerie par résonance magnétique.

Or confronté hier au défi de la rareté, l'hôpital l'est aujourd'hui à celui du rationnement: l'effet du nouveau régime budgétaire draconien, l'EPRD, vient se conjuguer avec la raréfaction artificielle de personnels introduite par la réforme des 35 heures. La réduction de la durée hebdomadaire du temps de travail a mécaniquement conduit à la diminution d'agents en équivalent temps plein. Cette réforme a provoqué la nécessité de nouveaux recrutements, qui ont à leur tour alourdi les dépenses des hôpitaux (ministère de la Santé, DREES, 2003).

Dans un tel contexte financier, l'hôpital public ne peut plus faire comme si le temps n'avait pas passé et que sa gestion des ressources humaines — ou plutôt son absence de gestion — pouvait perdurer. Sur la base du coût moyen annuel d'un emploi pour un hôpital (environ 38 000 euros), une réduction de dix agents dans le nombre total de personnes employées autoriserait chaque année l'achat d'un scanner d'entrée de gamme.

Compte tenu de la rareté budgétaire que l'on impose aux hôpitaux, les sommes affectées à la masse salariale diminuent à due concurrence les possibilités d'investissement. La médiocre dotation de la France en équipements biomédicaux confirme qu'une part importante de l'effort financier a pesé sur ce poste de dépenses pendant de nombreuses années. Confrontées à la nécessité d'arbitrer entre plusieurs types de dépenses, les directions d'hôpitaux ont fait peser l'effort de rationnement sur le provisionnement comptable du renouvellement des matériels amortissables: bâtiments, véhicules, équipements biomédicaux, matériels informatiques, etc.

C'est une des raisons pour lesquelles, en termes de dépenses de soins en milieu hospitalier, la France arrive au 9<sup>e</sup> rang des pays de l'OCDE, avec 3,6 pour cent de son produit intérieur brut consacré à ce poste de dépenses. A titre de comparaison, il est de 4,1 pour cent aux Etats-Unis, de 4 pour cent en Autriche, de 3,8 pour cent en Allemagne, de 3,4 pour cent en Italie... Pourtant, elle est largement distancée en matière d'investissements et d'équipements biomédicaux: elle ne dispose ainsi que de 7,5 scanners par million d'habitants, alors que l'Allemagne en possède 15,4 par million d'habitants, l'Italie 20,6 et l'Espagne 13,3. La situation est identique en ce qui concerne les IRM: la France en possède 3,2 par million d'habitants, contre 4,9 par million d'habitants en Allemagne, 5 au Royaume-Uni, 10,2 en Italie, et 7,7 en Espagne... (OCDE, 2006).

Les hôpitaux ont historiquement assuré l'ensemble des prestations nécessaires à leur fonctionnement — blanchisserie, cuisine, jardinage, entretien, travaux. La question du personnel doit donc d'abord s'envisager en fonction de ce critère, alors que l'enjeu du recrutement est fréquemment confondu avec celui de l'emploi des personnels de soins. Cela ne veut pas dire pour autant que le volume de personnels soignants dans les services de soins des hôpitaux soit un sujet tabou, en particulier si l'on compare les dotations en personnel dans les établissements publics et les établissements privés prenant en charge des pathologies identiques. Cela signifie simplement que la priorité n'est pas là.

Agir sur le volume de l'emploi des hôpitaux est une nécessité mais il faut préalablement s'interroger sur les raisons qui font que cela n'a pas été déjà fait par le passé.

### Une question non traitée jusque-là

Sauf à imaginer que les établissements publics de soins sont gérés par des incompetents — ce qui n'est pas le cas —, la question des dépenses de personnel n'a pas été évoquée jusque-là parce qu'elle est socialement et sociologiquement risquée.

Les directions d'hôpitaux publics voient dans la coïncidence de la tarification à l'activité et des départs à la retraite une fenêtre d'opportunité pour accroître l'efficacité et la productivité des hôpitaux qu'elles dirigent; les organisations syndicales, en revanche, s'appliquent à garantir le remplacement poste pour poste des personnels qui partent à la retraite; les autorités sanitaires nationales détournent le regard de la question des effectifs des hôpitaux publics en focalisant leur action sur le financement à l'activité.

#### *Un risque social*

Les hôpitaux publics français sont caractérisés par une gestion à la fois très déconcentrée et très centralisée. Déconcentrée, parce que l'on compte environ mille trois cents centres hospitaliers de tailles et de missions variées, dirigés chacun par une équipe de direction sous l'autorité d'un chef d'établissement; centralisée parce que le personnel des hôpitaux est constitué dans son immense majorité de corps de fonctionnaires hospitaliers gérés au niveau national par le ministère de la Santé — y compris les médecins praticiens hospitaliers, même s'ils ne sont pas formellement considérés comme des fonctionnaires. En d'autres termes, la gestion des établissements de santé — avec au premier chef les trois-quarts de leurs dépenses constitués de frais de personnel — est confiée à un directeur, recruté par le maire de la commune où l'hôpital est situé. Les membres de ce personnel sont, quant à eux, gérés au niveau national, en particulier s'agissant de leur nombre puisque les concours de recrutement et le nombre de places qui y sont proposées sont organisés par le ministère de la Santé.

Dans ce contexte, les directeurs des hôpitaux publics ont tout à perdre à se lancer dans une épreuve de force avec une part importante du personnel dont ils assument la gestion. En effet, dans le même temps, ils sont engagés dans un rapport de pouvoir avec l'organisation médicale dont — il faut le rappeler — ils ne contrôlent pas ou peu le recrutement. Dans les hôpitaux publics français, les médecins sont en effet cooptés par leurs pairs. Formellement, le chef d'établissement donne son approbation (*via* son directeur des ressources humaines) à tout recrutement — y compris de médecins; dans la réalité, la technicité et la complexité des spécialisations médicales

interdisent de saisir la portée des recrutements sur la base des dossiers présentés. De plus, si le chef d'établissement n'a pas été consulté et saisi en amont du recrutement, il se trouve placé dans la position du tout ou rien: faire procéder au recrutement ou ouvrir un conflit avec la communauté médicale de son hôpital.

On comprend que dans ces conditions les chefs d'établissement soient peu enclins à engager une épreuve de force avec la partie du personnel non médical directement sous leur responsabilité. Ce sont eux-mêmes des fonctionnaires hospitaliers qui appartiennent au corps des directeurs d'hôpital géré au niveau national par le ministère de la Santé. L'appréciation qui est portée sur eux et, par voie de conséquence, la progression plus ou moins rapide de leur carrière, dépend pour une grande part de la paix sociale qu'ils savent conserver dans les hôpitaux dont ils ont la charge.

Or refuser le remplacement des personnels partant à la retraite passerait pour une provocation aux yeux de nombreux agents — particulièrement ceux des services techniques, les plus nombreux à être syndiqués. De plus, l'externalisation de certaines activités support se traduirait, à court et à moyen terme, par une hausse des dépenses. La redondance temporaire entre équipes internes et prestataires extérieurs devrait être financée le temps que les agents qui tenaient ces fonctions soient partis à la retraite et que leur activité soit intégralement prise en charge par les prestataires externes. La question des dépenses de personnel est donc socialement risquée, elle l'est aussi compte tenu de la sociologie des équipes de direction.

### *La sociologie des équipes de direction: la dispersion du contrôle des dépenses*

La mission première d'un hôpital est de soigner les patients qui se présentent à lui, de participer à des actions de santé publique ou de sécurité sanitaire, ses activités secondaires le portant parfois vers l'enseignement et la recherche. Dans la réalité, la mission d'un hôpital est aussi, voire surtout, celle de premier employeur de la ville, et de client le plus important pour les entreprises et les artisans locaux. Cette divergence se retrouve dans la répartition de la responsabilité des dépenses entre les membres des équipes de direction.

Les dépenses des hôpitaux publics, on l'a vu plus haut, se répartissent entre quatre groupes financièrement disparates: les dépenses de personnel (70 à 75 pour cent du total des dépenses); les dépenses à caractère médical (10 à 15 pour cent); les dépenses à caractère hôtelier et général (10 à 15 pour cent); les dépenses financières (5 pour cent). Le budget du personnel, et donc les dépenses qui y sont liées, est géré par le directeur des ressources humaines en coordination étroite avec le chef d'établissement. Ce dernier ne peut en effet éloigner durablement son regard d'un sujet qui mobilise les organisations syndicales, les représentants du personnel, et qui



constitue l'objet principal de la vie paritaire<sup>12</sup> au sein des instances représentatives. Les dépenses hôtelières et générales, qui sont constituées en grande partie du chauffage, de l'alimentation, des fournitures, de l'entretien, sont confiées au directeur des affaires économiques — plus rarement au directeur des finances. Il est à noter que les dispositifs médicaux (prothèses, sondes, matériels implantables, etc.) entrent dans cette catégorie de dépenses. Les dépenses d'équipement, d'investissement et de travaux sont attribuées à un directeur secondé par trois ingénieurs — biomédical, travaux, informatique —, ou bien ressortissent directement à la responsabilité de ces derniers (Holcman, 2007a).

Au directeur des finances restent donc les dépenses à caractère médical ainsi que les dépenses liées à la trésorerie de l'hôpital, à l'amortissement et aux provisions. C'est la raison pour laquelle, en dépit du caractère prédominant des dépenses de personnel dans les budgets hospitaliers et du maintien en interne d'activités périphériques par rapport à la mission centrale des établissements de santé, les discussions budgétaires s'articulent très fréquemment autour de l'activité des services de soins — sur lesquels la pression budgétaire s'exerce fréquemment au premier chef.

S'il veut mettre l'accent sur la réduction de la masse salariale de l'hôpital, le chef d'établissement est confronté au risque d'introduire des dissensions au sein même de son équipe, en particulier entre le directeur des ressources humaines et celui chargé des affaires financières. Or, on l'a vu plus haut, ces dissensions ne peuvent que susciter une fronde syndicale. On comprend dans ces conditions que la question des effectifs des hôpitaux n'apparaisse pas comme une priorité aux yeux des dirigeants d'hôpitaux. C'est la raison pour laquelle chaque occasion d'inverser cette tendance est d'autant plus précieuse: c'est le cas de la période qui s'ouvre.

### Une chance historique

L'évolution démographique des personnels de la fonction publique hospitalière connaît en effet un bouleversement majeur, qui va aller s'accroissant durant la prochaine décennie. Le ministère de la Santé a fait connaître les projections démographiques auxquelles il était parvenu à l'échéance 2015 (ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports, 2003). De 1999 à 2015, la fonction publique hospitalière aura perdu 55 pour cent de ses effectifs. Sur la période, la filière administrative se sera séparée de 47 pour cent de ses effectifs, la filière médico-technique 50 pour cent, les services de soins 56 pour cent et la filière technique et ouvrière perdra 58 pour cent de ses personnels actuellement en activité (tableau 6).

12. La gestion des fonctionnaires (notation, avancement, mobilité, discipline, etc.) est confiée à un organe spécifique, la commission administrative paritaire, composée pour moitié de représentants de la direction et, pour l'autre moitié, d'élus du personnel. Ses avis font office de décision puisqu'ils sont toujours suivis par la direction des ressources humaines.

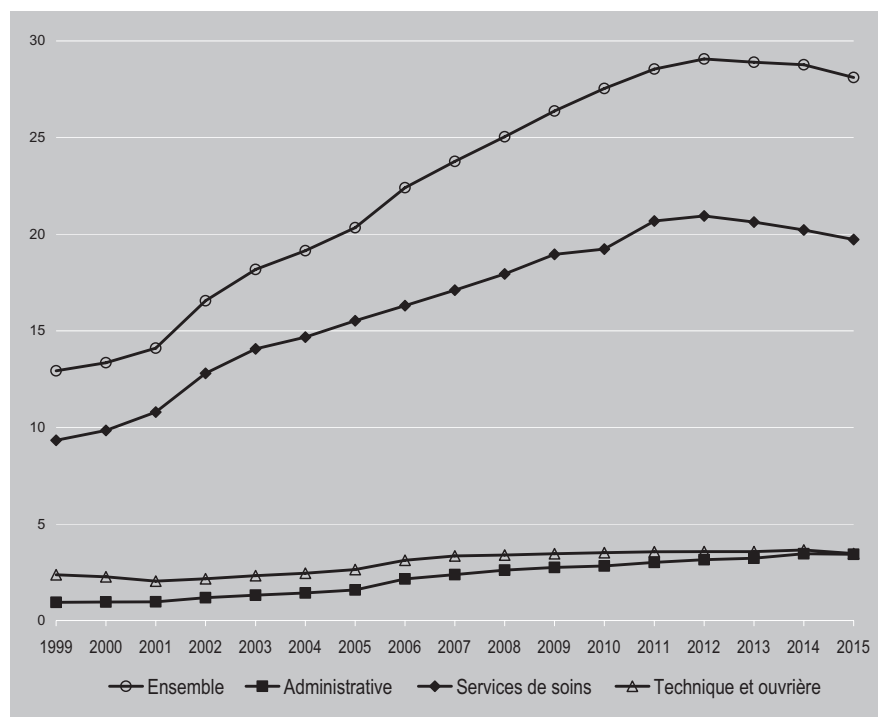
**Tableau 6.** Départs à la retraite programmés dans la fonction publique hospitalière (1999-2015)

Filières	Départs	Départs (pour cent)	Effectif 1999 <sup>a</sup> (pour cent)
Administrative	37 352	9,7	5,32
Médico-technique	15 437	4,0	2,20
Services de soins	279 418	73,0	39,80
Ouvrière et technique	50 899	13,3	7,25
Total	383 106	100,0	54,60

<sup>a</sup> Cette année-là, la fonction publique hospitalière comptait 702 032 membres.

Source: ministère de la Santé, de la famille, et des personnes handicapées (2003).

**Graphique 1.** Concentration dans le temps des départs à la retraite — ensemble et filières (en milliers)



Comme le montre le graphique 1, 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. Le maximum de départs se déroulera en 2013 pour la filière technique et ouvrière, et en 2014 pour la filière

**Tableau 7.** *Départs à la retraite programmés dans la filière ouvrière et technique (1999-2015)*

Filières	Départs	Corps de métiers (pour cent)	Départs de la filière (pour cent)
Total	50 899	—	100,0
<i>Dont</i>			
Agents d'entretien	6 121	45	12,0
Ouvriers professionnels	26 717	55	52,5
Maîtres ouvriers	8 410	78	16,5
Contremaîtres	4 183	85	8,2

administrative. En d'autres termes, il reste une décennie pour agir sur ce levier majeur des dépenses hospitalières. Au cours des années à venir, en effet, les grandes réformes hospitalières seront intégralement entrées en vigueur: tarification à l'activité, structuration des établissements en pôles d'activité, état des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD).

En raison du poids trop important des agents ouvriers et techniques dans le personnel des hôpitaux français, la priorité est la substitution de prestataires extérieurs à la main-d'œuvre ouvrière et technique interne, dont 6 agents sur 10 seront partis à la retraite d'ici 2015 (tableau 7). Cette substitution permettra d'assurer la permanence des soins et la continuité du service hospitalier, des équipes techniques, mobiles et polyvalentes qui devront être maintenues dans chaque hôpital. Comme indiqué dans le tableau 7, les corps de la filière ouvrière et technique les plus affectés par les départs à la retraite sont les agents d'entretien (12 pour cent de la filière), les ouvriers professionnels (52,5 pour cent), les maîtres ouvriers (16,5 pour cent) et les contremaîtres (8,2 pour cent).

Si l'on observe maintenant les établissements où cette évolution va se produire (tableau 8), on note que les centres hospitaliers et les centres hospitaliers régionaux, qui totalisent 55 pour cent des 1084 établissements publics de santé, emploient 83 pour cent des effectifs de la fonction publique hospitalière; les centres hospitaliers spécialisés et les hôpitaux locaux, qui forment 41,5 pour cent des établissements, emploient 16,7 pour cent des effectifs. Le mouvement massif de départs à la retraite va donc se situer dans un nombre limité d'hôpitaux.

Dans le même temps, le nombre de médecins pour 100 000 habitants reculerait d'environ 15 pour cent, passant de 335 en 2002 à 283 en 2025, et retrouverait ainsi un niveau proche de celui des années quatre-vingt. Cette diminution serait essentiellement due à la conjonction, en début de période, de l'entrée en exercice de promotions de médecins moins nombreuses et d'importantes sorties d'activité attendues. Les effectifs de généralistes devraient moins diminuer

**Tableau 8.** Répartition des effectifs par types d'établissements

Type d'établissements	Nombre d'établissements	Etablissements (pour cent)	Effectifs de la FPH <sup>a</sup> (pour cent)
Centre hospitalier régional <sup>b</sup>	31	2,8	35,1
Centre hospitalier	563	52,0	47,8
Centre hospitalier spécialisé <sup>c</sup>	97	8,9	11,9
Hôpitaux locaux	355	32,7	4,8
Autres établissements	38	3,5	0,4
Total	1084	100,0	100,0

<sup>a</sup> FPH: Fonction publique hospitalière.

<sup>b</sup> La quasi-totalité d'entre eux sont également universitaires, on parle donc de CHRU.

<sup>c</sup> Psychiatrie.

Source: ministère de la Santé, de la Famille et des Personnes handicapées (2003).

que ceux des spécialistes — l'ophtalmologie, la psychiatrie et l'oto-rhino-laryngologie étant tendanciellement les spécialités les plus touchées (Bessière et al., 2004).

Toute la différence avec la situation qui prévalait jusqu'alors tient donc à la concentration — concentration dans le temps et concentration dans l'espace. De plus, la conjugaison de ces mouvements démographiques chez les personnels soignants — médecins et non-médecins — rend difficile la synchronisation des réponses à apporter au niveau d'un hôpital. On a vu que la déconcentration de la décision de non-renouvellement des départs à la retraite avait conduit à stériliser les initiatives locales en ce sens; la convergence du mouvement de départs sur une période limitée et dans un nombre plus restreint d'établissements peut permettre d'envisager un pilotage centralisé de la gestion des départs à la retraite et de la décision de renouvellement — ou de non-renouvellement — des effectifs. Ce pilotage centralisé aurait sans nul doute vocation à s'exercer par le biais des Agences régionales de l'hospitalisation.

Rien n'interdirait ainsi de mettre sur pied un fonds de soutien à la transition chaque fois qu'il y aura une redondance temporaire entre équipes internes et prestataires extérieurs. On pourrait aussi négocier au niveau national des conditions de non-renouvellement des départs à la retraite, ce qui permettrait de rendre possible ce qui ne l'est pas pour l'heure au niveau local. C'est à ce prix que des économies substantielles pourraient être réalisées dans les hôpitaux publics français, sans compromettre le volume et la qualité des soins qu'ils dispensent... bien au contraire.

## Conclusion

---

Face aux défis auxquels il est confronté, l'hôpital public français ne peut demeurer avec des effectifs dont la structure date des années soixante. On peut ainsi suggérer que les établissements de soins étudient l'opportunité de conserver en leur sein les activités suivantes: nettoyage; traitement du linge; sécurité; restauration; esthétique (coiffeur, esthéticienne); transport; bâtiments; installations électriques, électroniques, thermiques, des fluides; maintenance des véhicules; voirie; espaces verts; communication; culture; développement et production informatique; réseaux et télécommunications. On pourrait également, à terme, s'interroger sur le maintien en interne de fonctions de plus en plus techniques comme l'approvisionnement et les achats, le contrôle et l'audit financiers, la gestion de la trésorerie et le conseil juridique.

Dans l'attente d'une éventuelle évolution sur ce thème, les moyens existent dans les établissements de modifier l'arbitrage entre dépenses de personnel et autres dépenses. Serait-il si choquant de confier à des entreprises le jardinage, les travaux d'entretien ou la communication interne, dès lors que les agents en poste sont assurés d'être employés jusqu'à leur retraite et que des équipes mobiles prennent en charge une permanence technique? De nombreux établissements ayant d'ores et déjà externalisé certaines activités comme la préparation de repas ou la blanchisserie du linge, pourquoi ne pas poursuivre ce mouvement?

Il n'est pas question de jeter l'anathème sur telle ou telle catégorie de personnel ni de suggérer que ses membres n'auraient pas droit au bénéfice de la carrière de fonctionnaires qu'on s'est engagé à leur offrir. La question est de savoir si l'hôpital peut encore se permettre une pluriactivité dans des domaines périphériques à sa mission constitutive: soigner des patients (Holcman, 2007b). Les crédits publics engagés pour l'hôpital, le poids de ce dernier dans les dépenses de sécurité sociale, sont à ce point élevés que la question de l'efficacité de leur emploi est majeure. Surtout, l'hôpital public offre un service sans équivalent: l'accès direct et quasi gratuit à l'excellence médicale du pays, puisqu'en France c'est à l'hôpital public qu'exercent les meilleurs praticiens. Libérer des marges de manœuvre à un hôpital public en voie d'asphyxie financière, c'est assurer la pérennité de ce service sanitaire universel dont on trouve peu d'exemples, pour ne pas dire aucun, dans les pays industrialisés.

## Bibliographie

---

- Balsan, D.** 2004. «Une typologie des établissements de soins publics et PSPH de court séjour selon leur activité et leur environnement», dans *Etudes et Résultats*, n° 325.
- Bessière, S.; Breuil-Genier, P.; Darriné, S.** 2004. «La démographie médicale à l'horizon 2025: une actualisation des projections au niveau national», dans *Etudes et Résultats*, n° 352.

- Caussa, L.; Fenina, A.; Geffroy, Y.** 2003. «Quarante années de dépenses de santé: une rétoprojection des comptes de la santé de 1960 à 2001», dans *Etudes et Résultats*, n° 243.
- Chaleix, M.; Mermilliod, C.** 2005. *Les établissements de santé: un panorama pour l'année 2003*. Paris, La Documentation française.
- Cueille, S.** 2005. «Réseaux et restructuration hospitalière», dans D. Contandriopoulos (sous la direction de) et al.: *L'hôpital en restructuration: regards croisés sur la France et le Québec*. Montréal, Presses de l'Université de Montréal.
- Fessler, J. M.** 2007. «De la T2A à l'efficacité», dans *Enjeux hospitaliers*, n° 5, avril.
- Fessler, J. M.; Frutiger, P.; Deschamps, C.** 2003. *La tarification hospitalière à l'activité: éléments d'un débat nécessaire et propositions* (Fonction cadre de santé). Rueil-Malmaison, Lamarre.
- France. Cour des comptes.** 2006. *Les personnels des établissements publics de santé* (Rapport public thématique). Paris, La Documentation française.
- France. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.** 2003. *Fonction publique hospitalière: données démographiques horizon 2015*. Paris, DHOS.
- France. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.** 2004. *Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière*. Rennes, ENSP.
- France. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins.** 2005. *La réforme du régime budgétaire et comptable des établissements de santé*. Paris, DHOS.
- France. Ministère de la Santé, de la Jeunesse et des Sports. Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques.** 2003. *Conditions et organisation du travail à l'hôpital*. Paris, DREES.
- Holcman, R.** 2006a. «L'avenir de l'hôpital public français compromis?», dans *Journal d'économie médicale*, vol. 24, n° 7-8.
- Holcman, R.** 2006b. *L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail: l'exemple des bureaucraties professionnelles: ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital* (thèse). Paris, Conservatoire national des Arts et Métiers, Sciences de gestion.
- Holcman, R.** 2007a. «La dispersion du contrôle des dépenses comme facteur de coût dans les hôpitaux», dans *La Presse médicale*, vol. 36, n° 3.
- Holcman, R.** 2007b. *La fin de l'hôpital public? (Objectif soins)*. Rueil-Malmaison, Lamarre.
- Huteau, G.** 2001. *Sécurité sociale et politiques sociales*. Paris, Armand-Colin.
- Kervasdoué, J. de.** 2005. *L'hôpital* (Que sais-je, n° 795). Paris, Presses universitaires de France.
- Kervasdoué, J. de; Picheral, H. (sous la direction de).** 2003. *Carnet de santé de la France, 2004: santé et territoire*. Paris, Dunod, La Mutualité française.
- McKee, M.; Healy, J. (sous la direction de).** 2002. *Hospitals in a changing Europe* (European Observatory on Health Care Systems Series). Maidenhead, Open University Press.
- Mercereau, F., et al.** 2005. *Le pilotage des dépenses hospitalières* (Rapport conjoint d'enquête,

n° 2005-M-021-02). Paris, Inspection générale des affaires sociales, Inspection générale des finances.

**Organisation de coopération et de développement économiques.** 2006. *Eco-Santé OCDE 2006: statistiques et indicateurs pour 30 pays*. Paris, OCDE, IRDES.

**Vasselle, A.** 2006. *La réforme du financement des établissements de santé* (Rapport d'information, no 298). Paris, Sénat.

**Vincent, G.** 2005. «Les réformes hospitalières», dans *Revue française d'administration publique*, n° 113.

**Vincent, G.** 2006. «Réformes hospitalières: quels enjeux?», dans *La revue hospitalière de France*, n° 509.