3

Des moyens importants mais mal employés

Des moyens importants

Les dépenses que l'assurance maladie consacre à l'hôpital se sont montées à 56 milliards d'euros en 2004. Sur ce montant, 47,6 milliards d'euros ont été affectés au seul service public hospitalier, c'est-à-dire aux hôpitaux publics auxquels s'ajoutent les établissements privés sans but lucratif et financés sur fonds publics. Cette somme de 47,6 milliards d'euros représente 36,7 % de l'ONDAM (objectif national des dépenses d'assurance maladie), 33,1 % des dépenses engagées au sein de la branche maladie/maternité/invalidité/décès, 13,8 % des dépenses de sécurité sociale et 2,9 % de la richesse nationale produite en une année dans notre pays (le produit intérieur brut). Rappelons que 47,6 milliards d'euros représentent une somme de 312 milliards de « nouveaux » francs... Il est difficile dès lors d'affirmer que les moyens consacrés à l'hôpital sont insuffisants.

Le service public hospitalier est constitué de 1 909 établissements de soins, dont 1 306 établissements publics. Il emploie 740 000 personnes physiques, soit 700 000 agents en équivalent temps plein. À ce nombre, il faut ajouter les 86 000 membres du personnel médical[7] (57 000 équivalent temps plein) employés par

7. Médecins, pharmaciens, odontologistes (dentistes).

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

les hôpitaux, ainsi que les 2 500 praticiens libéraux qui y travaillent périodiquement. Au total, il y a donc 830 000 agents employés par le service hospitalier, ce chiffre comprenant les agents appartenant au personnel médical et ceux du personnel non médical.

Si l'on compare la France à ses principaux partenaires de l'OCDE, on se rend compte que sa dépense totale en soins hospitaliers se monte – tous secteurs confondus – à 3,6 % de son PIB, ce qui la place au 7e rang des pays de l'OCDE en ce domaine. Sa dépense en soins hospitaliers curatifs et de réadaptation s'élève à 3,3 % de son PIB, et la place cette fois au 3e rang des pays de l'OCDE, uniquement dépassée par la Suisse et par l'Islande. En termes de nombre total de lits d'hôpitaux, la France se place au 5e rang avec 7,5 lits pour 1 000 habitants. Notre pays compte 20 personnes travaillant dans les hôpitaux pour 1 000 habitants, ce qui le situe également au 5e rang des pays de l'OCDE.

Les moyens consacrés au service public hospitalier sont donc importants – en valeur absolue, et comparativement aux principaux partenaires de la France. Le problème est que ces moyens sont mal employés. L'utilisation inefficace des moyens dédiés à l'hôpital se constate au sein même des établissements, ainsi que dans leur nombre et leur répartition sur le territoire national.

Un nombre excessif de métiers

Dans les établissements de santé, on peut constater l'existence d'un nombre de métiers bien trop élevés, et observer la dispersion du contrôle des dépenses entre les membres de la direction.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

Ainsi, la Cour des Comptes (2006) a-t-elle publié le résultat des travaux de recensement et d'identification qu'elle a menés concernant les personnels des établissements publics de santé. Certains des chiffres qu'elle communique permettent de prendre conscience de la façon dont sont utilisés les moyens mis à disposition des hôpitaux, notamment la répartition entre les différents types de personnels employés.

À la fin de l'année 2002, la fonction publique hospitalière comprenait 743 471 agents en équivalent temps plein[8], dont 53 340 appartenant au personnel médical. Soixante-dix-neuf pour cent des agents appartiennent au personnel soignant, les 21 % restant se répartissant entre les personnels administratifs, socio-éducatifs, ouvriers et techniques. Presque les trois-quarts des personnels non médicaux sont des soignants : kinésithérapeute, infirmier, aide-soignant, diététicien... Le personnel soignant est constitué à 85 % de paramédicaux, à 9 % de personnels médicaux et à 6 % de personnels médico-techniques.

Le personnel non soignant se répartit entre 38 % de personnels administratifs, 6 % de personnels socio-éducatifs et 56 % d'agents des services ouvriers et techniques. Notons que la catégorie des personnels administratifs comprend les secrétaires médicales dont les 22 000 membres 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.

Le poids des agents des services ouvriers et techniques dans le personnel met en lumière l'utilisation inadéquate des ressources humaines dans les hôpitaux. Plus de 87 000 personnes travaillent

8. Ce ne sont donc pas les personnes physiques présentes qui sont comptabilisées, mais la réalité de la force de travail disponible dans les hôpitaux.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

dans ces services alors que l'on compte seulement 35 000 agents appartenant au personnel médico-technique. Rappelons que les personnels des services ouvriers et techniques travaillent dans les services support des hôpitaux qui, longtemps, ont tendu vers l'autonomie, pour ne pas dire vers l'autarcie, en internalisant l'ensemble des activités nécessaires à leur fonctionnement. On trouve ainsi des agents relevant de la totalité des corps de métiers du bâtiment, de la restauration, de l'automobile, de la blanchisserie, de l'entretien : ouvriers, ingénieurs, contremaîtres, techniciens, chauffeurs, garagistes…

La filière médico-technique, quant à elle, est composée des personnels chargés de faire fonctionner les services rassemblés sous le terme de « plateau technique ». Ces services comprennent : l'imagerie médicale (radiologie, scanner, IRM, etc.), la pharmacie, les laboratoires, les unités de rééducation, la stérilisation. On y trouve ainsi des préparateurs en pharmacie, des masseurs-kinésithérapeutes, des agents de stérilisation, des techniciens de laboratoire, des laborantins, des manipulateurs en électroradiologie médicale…

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, 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 établissements publics de soins aux entreprises pour accomplir des travaux d'entretien ne se dément pas… loin de là. L'explication vient de l'ultra-spécialisation des personnels ouvriers et techniques : les peintres ne font pas de menuiserie, les menuisiers refusent les travaux de carrelage, les plombiers n'arroseraient une plante pour rien au monde, etc. Le

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

directeur d'un hôpital peut légitimement ressentir des moments de découragement quand il constate que les mêmes personnels ouvriers et techniques, arqueboutés sur le refus de la polyvalence dans leur activité professionnelle, assurent le week-end la réfection totale de leur appartement de fonction en prenant en charge l'ensemble des corps de métiers.

Cette tendance lourde des hôpitaux publics s'observe dans le profil exceptionnellement large des métiers employés en leur sein. En 2004, le ministère de la Santé a édité un répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière (ministère de la Santé et de la Protection sociale, 2004) qui recense 183 métiers non médicaux dans cinq domaines professionnels différents : soin ; social-éducatif, psychologie ; logistique ; infrastructure, maintenance technique ; pilotage, gestion et aide à la décision. Or les domaines qui rassemblent le plus de métiers sont ceux qui regroupent le moins d'effectifs. Le domaine des personnels de soins, qui regroupe également celui des agents médico-techniques, comprend 34 métiers et est composé de 500 000 agents. À l'opposé, le domaine des métiers du pilotage et de la gestion regroupe 60 000 agents est constitué de 49 métiers !

Le nombre d'agents par type de métiers est révélateur de l'absence de gestion prévisionnelle des ressources humaines dans les établissements publics de soins : on compte ainsi en France 20 cadres orthophonistes, 8 cadres psychomotriciens, 5 cadres pédicures podologues, 11 cadres orthoptistes... La comparaison entre les effectifs de certains métiers est tout aussi éclairante : alors qu'il y a plus de 16 000 agents d'entretien, il n'y a que 187 agents de désinfection, bien que la lutte contre les maladies nosocomiales soit une priorité dans les services de soins.

Ces chiffres révèlent une absence de cohérence et de stratégie à moyen/long terme dans les décisions de recrutements. Quand

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

on entre dans le détail des métiers, on identifie l'une des sources majeures des difficultés rencontrées par les hôpitaux publics. Les métiers de l'éducation et de l'accompagnement social (conseiller en économie sociale et familiale ; éducateur de jeunes enfants), de l'animation (animateur socioculturel), du management socio-éducatif (responsable d'unité socio-éducative, responsable des services socio-éducatifs) peuvent ainsi susciter une discussion quant à leur internalisation dans les structures de l'hôpital. De même, l'opportunité économique de ne pas externaliser les fonctions d'entretien, d'informatique, de blanchisserie, de restauration, de voirie et d'espaces verts, de sécurité, de transport, de bâtiment devra, un jour ou l'autre, faire l'objet d'une réflexion approfondie.

C'est en revanche l'incompréhension qui domine à l'évocation d'autres types de métiers : cinéaste, vidéaste, reprographe, maquettiste, infographiste, photographe, technicien audiovisuel, webmestre, responsable culturel, conseiller juridique, analyste financier... À l'heure où le cœur de l'activité des hôpitaux est soumis à une pression financière sans précédent, on peut se demander s'il est bien raisonnable de continuer de faire prendre en charge ce type de fonctions par des personnels des établissements de soins.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

La dispersion du contrôle des dépenses

Cette utilisation inappropriée des moyens en personnels s'explique en partie par la dispersion du contrôle sur les dépenses des hôpitaux (Holcman, 2007). Contrairement à ce que pourrait

imaginer le grand public, la gestion des dépenses dans un hôpital n'est pas centralisée mais répartie entre les membres de l'équipe de direction. Les dépenses de personnel sont gérées 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 au sein des instances représentatives. Les dépenses hôtelières et générales (constituées en grande partie du chauffage, de l'alimentation, des fournitures, de l'entretien) sont parfois confiées au directeur des finances, mais le plus souvent au directeur des affaires économiques.

Les dépenses de travaux, d'équipement biomédical (scanner, IRM, etc.) et d'informatique sont attribuées à un directeur de l'investissement et des travaux, secondé par trois ingénieurs (biomédical, travaux, informatique), ou bien sont directement réparties entre ces trois ingénieurs qui font alors office de directeur fonctionnel. Au directeur des finances ne restent donc plus que les dépenses à caractère médical, c'est-à-dire celles qui sont directement liées à l'activité des services de soins, ainsi que les dépenses relatives à la trésorerie de l'hôpital, à l'amortissement et aux provisions.

Cette dispersion de la responsabilité et du contrôle amoindrit l'efficacité de la maîtrise sur les dépenses hospitalières. La sociologie des organisations a abondamment démontré que parmi les trois modalités de résolution des conflits (éluder les difficultés ; imposer des décisions contraignantes ; se confronter[9]), la confrontation est le mode le plus efficace mais qu'elle n'est pas

9. Lawrence et Lorsh (1967).

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

utilisée autant qu'elle le devrait par les managers en raison de l'aversion qu'elle suscite chez les acteurs du conflit. Se confronter, c'est laisser le conflit aller à son issue, c'est aussi reconnaître un dysfonctionnement *via* son expression la plus spectaculaire. Le rejet de la confrontation est de surcroît une constante culturelle du monde administratif, davantage enclin aux luttes d'influence feutrées et discrètes. Or la répartition du contrôle des dépenses en d'aussi nombreuses mains ne pourrait que conduire à un conflit en cas de tentative de rationalisation, chacun tentant de défendre son pré-carré.

C'est la raison pour laquelle les directeurs des finances des hôpitaux, réticents à s'engager dans un conflit avec leurs collègues et pairs mais désireux d'occuper toute leur place au sein de l'équipe dirigeante, sont enclins à exercer leur pouvoir sur les deux seuls postes de dépenses qui demeurent dans leur champ d'action : les dépenses liées à la trésorerie de l'hôpital, à l'amortissement et aux provisions, ainsi que les dépenses à caractère médical. Ainsi, à rebours de ce que l'on peut constater dans toute organisation de production ou de services, la contrainte budgétaire s'exerce dans les hôpitaux sur les dépenses relatives à l'activité de soins – en d'autres termes sur l'activité fondatrice des établissements et santé – et laisse à l'abri les secteurs qui devraient pourtant faire l'objet d'une attention prioritaire.

L'inadaptation de l'emploi interne des moyens de l'hôpital se conjugue avec une répartition inadéquate au niveau national. La caractéristique principale du système hospitalier français est en effet son atomisation entre un nombre important d'établissements, comparativement aux pays qui lui sont proches par la taille, le niveau de développement et l'état de santé de leur population.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

Des moyens mal employés au niveau national : trop d'hôpitaux tue l'hôpital

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, 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, mais 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[10]. 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 2 900 établissements de santé, alors qu'on en recense 3 500 en l'Allemagne, 1 400 au Royaume-Uni et 1 300 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

10. Les informations chiffrées qui suivent sont tirées d'*Eco-stat* 2006 de l'OCDE, de la statistique annuelle des établissements (SAE) établie par le ministère de la Santé, et de ceux fournis par l'INSEE.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

hôpitaux[11], on constate que 54 % d'entre eux sont équipés de moins de 200 lits, 77 % ont moins de 400 lits, 16 % disposent de 400 à 800 lits, et 7 % 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.

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 lieu, 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, etc.), 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.

Or chacun sait que la qualité d'un hôpital est fortement liée à sa taille et au volume de son activité – entre autres facteurs de performance. La dispersion des moyens hospitaliers entre de

11. Centres hospitaliers, centres hospitaliers régionaux, centres hospitaliers spécialisés dans la lutte contre les maladies mentales, hôpitaux locaux, établissements de soins chirurgicaux, hôpitaux militaires, établissements de soins obstétriques et chirurgico-gynécologiques, établissements de soins médicaux, établissements de soins de longue durée, établissements de soins pluridisciplinaires, établissements de lutte contre la tuberculose, centre de lutte contre le cancer (statistique annuelle des établissements, 2004).

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

multiples structures ne permet pas à nombre d'entre elles d'atteindre la masse critique d'activité en deçà de laquelle la compétence des praticiens s'érode. Elle est de plus très coûteuse, l'activité hospitalière étant en effet caractérisée par des effets de seuil. Un lit de soins intensifs ou de réanimation, par exemple, nécessite réglementairement un nombre requis de personnels dédiés (infirmières, aides-soignants, médecins), et ce quel que soit son taux d'occupation.

La répartition géographique des établissements permet incidemment d'infirmer la pertinence du lien entre nombre d'hôpitaux, distance vis-à-vis de ces derniers, volume et état de santé de la population. Si l'on rapporte le nombre d'hôpitaux à la population totale, on observe que les départements français les mieux dotés sont les Alpes de Haute-Provence et la Lozère, avec 10 000 habitants par hôpital, le Gers et la Creuse, avec 16 000 et 17 000 habitants par hôpital, et l'Ardèche (18 000 habitants par hôpital). Suivant le même critère, les départements les moins bien dotés sont les Pyrénées orientales (140 000 habitants par hôpital), la Seine-Saint-Denis (130 000), la Seine-et-Marne (114 000) et Paris, avec 108 000 habitants par hôpital. Or c'est en région parisienne que l'espérance de vie à la naissance est la plus haute en France pour les hommes, et vient au 7e rang pour les femmes. À l'inverse, l'espérance de vie à la naissance dans les départements les mieux dotés en établissements de soins est proche de la moyenne nationale, dans le meilleur des cas.

Première conséquence de cette situation, la France consacre davantage de moyens aux dépenses de soins en milieu hospitalier : 6 % de son produit intérieur brut, contre 3,8 % en Allemagne et 3,4 % 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.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

La France compte 1,2 millions 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. 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.

Les missions non financées ou trop peu

Dans une étude récemment rendue publique, l'Inspection générale des Affaires sociales a attiré l'attention sur certains facteurs pouvant expliquer pour partie les écarts de coût entre secteur public et secteur privé, notamment sur la part de l'activité non programmée et les exigences en termes de permanence des soins (Seydoux *et al.*, 2006). Le coût des missions de service public doit, certes, être pris en compte dans le nouveau mode de financement des hôpitaux (la tarification à l'activité, ou T2A) qui, bien qu'adossée à leur activité, est également composée de dotations forfaitaires censées couvrir leurs missions d'intérêt général, d'enseignement, de recherche et d'innovation. Mais d'autres sources de dépenses ne sont pas

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

identifiées : l'hôpital public tient un rôle éminent dans certains domaines d'activité sans que les financements accordés soit à la hauteur des dépenses engagées. Plus préoccupant, certaines des tâches qui lui échoient ne sont pas financées du tout.

Le rôle social de l'hôpital

Le rôle social de l'hôpital est ainsi insuffisamment financé. Ce rôle social s'exprime d'abord dans la prise en charge quasi-exclusive des soins de longue durée par le service public. Alors que le secteur privé à but lucratif représente environ le quart des lits et des journées d'hospitalisation en soins aigus (médecine, chirurgie, obstétrique) et en soins de suite et de réadaptation, il ne forme plus que 1 % de l'offre de soins de longue durée. Dit autrement, le service public hospitalier assume la prise en charge des séjours les moins « rentables » pour les établissements, parce qu'ils exigent un personnel abondant pour s'occuper de personnes dépendantes, et que sa valorisation en termes d'activité est peu élevée. Mais son rôle social ne limite pas à cette mission.

La mise en œuvre de la couverture maladie universelle (CMU) a donné une indication sur l'implication de l'hôpital public dans la prise en charge de la précarité. On pouvait s'attendre à ce que la CMU produise un effet d'appel sur les populations les plus démunies, supposées ne pas pouvoir accéder aux soins en l'absence de couverture sociale. Or cela n'a pas été le cas. Une étude conduite en 2001 auprès de 1 000 hôpitaux (Holcman, Darnaudet, 2001) a démontré que la précarité était globalement déjà prise en charge par l'hôpital avant même l'introduction de

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

la CMU. Les dispositifs de prise en charge de la précarité antérieurs à la CMU étaient nombreux, plusieurs mécanismes ou structures avaient comme mission l'accueil des plus démunis à l'hôpital : les consultations « Baudelaire » ; les cellules d'accueil spécialisées, remplacées par les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ; les conventions État-hôpitaux ; les cartes santé ; les cellules d'accueil étrangers ; les lits infirmiers... Or les moyens alloués aux hôpitaux pour cette fonction sont notoirement insuffisants, en particulier s'agissant du temps-personnel consacré à cette mission.

De même, les services d'accueil des urgences des hôpitaux prennent souvent davantage en charge des urgences sociales que des urgences sanitaires. Les populations démunies privées de couverture sociale utilisent les urgences comme voie d'accès aux soins, parce que l'hôpital est considéré comme un spécialiste accessible à tous, parce qu'il est le dernier recours dans les situations de forte détresse, et parce qu'il renforce le statut social de malade. C'est pourquoi une part importante de la fréquentation des urgences relève davantage d'une situation de consultation externe : accéder à l'hôpital par les urgences permet d'éviter le passage préalable par les admissions, et donc une facturation antérieure à la visite. L'envahissement des services d'accueil des urgences par la « bobologie » relève pour partie de cet état de fait.

La réponse apportée est la création de consultations sans rendez-vous à proximité ou au sein même des services d'urgence. Une circulaire de 1993 recommandait la mise en place de cellules d'accueil spécialisées dans les hôpitaux au motif que : « *La montée de la pauvreté et de la précarité se traduit par l'arrivée aux portes des hôpitaux – en général des urgences – d'un nombre croissant de malades qui parfois connaissent des diffi-*

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

cultés d'accès aux soins ambulatoires [ce qui nécessite] *d'adapter les structures, de changer les mentalités et les pratiques professionnelles* ». Ce souci a même conduit, dans certains cas, à mettre sur pied des dispositifs volontaristes, destinés à amener les structures de soins et/ou de prise en charge sociale auprès des plus démunis : c'est le cas du bus sanitaire expérimenté à l'hôpital Jean-Verdier à Bondy, baptisé « l'Homnibus ».

Cette approche revient à s'interroger de nouveau sur la mission dévolue aux établissements publics de soins : est-ce une mission sanitaire ou bien une mission sociale ? Ce débat, dont les termes évoluent dans le temps, n'est toujours pas tranché : rien n'interdit d'imaginer que, par delà son immense compétence clinique, l'hôpital revienne aussi à son rôle initial de secours aux plus nécessiteux, de façon que la réalité de l'accès aux soins rejoigne son principe édicté par le Code de déontologie. La question toujours non résolue est celle du financement de ce rôle social : pour l'heure, l'hôpital se voit toujours confié davantage de missions, sans que son budget soit augmenté pour tenir compte de ces dernières.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

L'expertise médicale et la collaboration avec les agences sanitaires

Il est un autre poste de dépenses qui ne fait pas l'objet d'un financement, celui de l'expertise médicale dispensée par les praticiens des hôpitaux à l'égard de confrères – le plus souvent à titre gracieux. Les médecins hospitaliers forment l'élite de leur profession. À ce titre, ils sont fréquemment consultés par des confrères à propos de cas difficiles, de questions techniques, de

protocoles de soins... Leur inclination, leur déontologie, leur sens du service public, les conduisent à passer un temps non négligeable à cette activité, soit dit en passant parfaitement justifiée par la mission de l'hôpital public. Mais, quand bien même elle s'exerce au sein du service public hospitalier, rien ne justifie que cette expertise soit gratuite, des mécanismes de compensation ou de remboursement existent et pourraient être mis en œuvre.

On ne voit ainsi pas pourquoi un hôpital continuerait de payer au même prix des examens complémentaires réalisés par une clinique privée quand, dans le même temps, des médecins de cette dernière sollicitent et obtiennent gratuitement des expertises auprès de leurs collègues de cet hôpital. Dès lors qu'un établissement de soin facture des prestations à un hôpital, il ne peut dans le même temps arguer de la mission de service public de ce dernier pour exiger la gratuité des expertises sollicitées. Le personnel médical des hôpitaux n'est pas opposé à une facturation des expertises rendues dès lors que la déontologie est respectée.

Dans le même sens, de nombreuses agences sanitaires[12] emploient des médecins hospitaliers, ce qui est bien compréhensible : ils sont tout particulièrement aguerris aux techniques les plus modernes de diagnostic et de traitement, familiarisés avec les cas les plus difficiles, en première ligne des thématiques

12. Agence française de sécurité sanitaire des aliments (Afssa) ; Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) ; Agence française de sécurité sanitaire environnementale (Afsse) ; Haute Autorité de santé (HAS) ; Agence de la biomédecine ; Établissement français du sang (EFS) ; Institut de veille sanitaire (Invs) ; Institut de radioprotection et de sûreté nucléaire (Irsn) ; Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (Inpes) ; INSERM...

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

qui intéressent ces agences au plus haut point. Cette pratique relève de surcroît de la culture des carrières hospitalières chez les médecins, elle favorise l'évolution professionnelle. Le problème pour les hôpitaux est que la sollicitation de ces personnels se fait fréquemment à des conditions financières qui les pénalisent. L'administration des établissements publics de santé a peu ou pas d'accès du tout aux services de soins. Dans ces conditions, il est difficile de connaître le niveau réel de la présence des praticiens hospitaliers qui n'ont de justification à donner qu'au chef de service.

Or la collaboration avec une agence de santé ne se fait pas sans l'assentiment de ce dernier, quand il n'en est pas à l'origine. Dans ces conditions, les modalités de reversement du salaire par l'Agence ne font pas figure de priorité, c'est un euphémisme : il arrive bien souvent que l'hôpital ne soit pas du tout remboursé de la partie de salaire qu'il verse sans contrepartie de travail effectif ou bien que les sommes versées en contrepartie ne couvrent pas le temps passé. Là encore, on peut observer – pour la déplorer – la vision que les personnels ont de l'hôpital où ils travaillent. Leur regard est encore celui d'établissements publics de soins ignorant la rareté, dont les fonds abondent libéralement l'ensemble des activés ayant trait de près ou de loin à l'activité du soin.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

Recherche clinique et activité libérale

Quant aux essais cliniques, ils se déroulent en grande majorité à l'hôpital public parce que les patients concernés s'y trouvent, de même que les médecins et les soignants les plus compétents.

Une fois leur innocuité prouvée, les nouveaux médicaments, font l'objet d'une expérimentation ultime. Ces protocoles de recherche font l'objet d'une convention entre l'hôpital où l'essai se déroule et le laboratoire pharmaceutique qui le conduit, une entreprise privée donc. En principe, chaque convention doit identifier les surcoûts provoqués par l'essai thérapeutique, que le budget de l'hôpital va supporter.

En pratique, les surcoûts portent principalement sur le matériel employé : réactifs d'automates d'analyse, seringues, compresses... Dans certains cas, un poste de secrétariat à durée déterminée est financé par le laboratoire. En revanche, le temps que les médecins et les personnels paramédicaux passent à cette activité est sous-estimé, parfois même ignoré. L'argument avancé est que le surcroît de travail lié au protocole de recherche est marginal dans la prise en charge du malade. En d'autres termes, le travail réclamé par les protocoles de recherche porte sur des gestes et des actes qui doivent, de toutes façons, être dispensés et qui le seraient même en l'absence d'essai clinique.

La réalité est bien différente : les protocoles de recherche clinique menés à hôpital mobilisent une partie non négligeable des moyens de ce dernier et ce, sans une juste et équitable compensation financière. L'hôpital finance aussi les activités de recherche d'une partie des médecins, quand bien même elles ne sont pas financées sur fonds privés. Par principe, ne sont astreints à la recherche que les médecins universitaires professeurs, maîtres de conférences et assistants.

En pratique, tous les chefs de cliniques et les praticiens hospitaliers souhaitant devenir universitaires à leur tour passent une part non négligeable de leur temps de travail à des activités de recherche. Il n'y a là rien de choquant, la recherche est une des trois missions de l'hôpital. Bien au contraire, on ne peut que se

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

féliciter de l'implication des médecins et d'autres personnels soignants dans la recherche, c'est un gage de compétence et d'actualisation permanente de leurs connaissances. Le problème est que l'impact en termes de volume de travail disponible pour le soin et en termes de coûts adjacents est insuffisamment pris en compte et compensé à ce titre dans les budgets hospitaliers.

Un autre facteur de mobilisation des moyens des établissements de soins publics ou participant au service public hospitalier est l'activité privée autorisée en son sein. Afin de sédentariser les meilleurs médecins dans les hôpitaux publics, les praticiens hospitaliers à temps plein sont autorisés à exercer une activité libérale dans les services de soins, avec les moyens de ces derniers, en échange du reversement sur le budget de leur hôpital d'une part de leurs honoraires ainsi obtenus.

Il n'est pas question ici de juger de l'opportunité d'une telle disposition ni de l'adéquation du pourcentage de reversement réclamé aux médecins avec le niveau réel de sollicitation des moyens mis à disposition par l'hôpital. En revanche, cette activité privée a un effet d'éviction sur le fonctionnement des services de soins : les moyens matériels et le temps des personnels consacrés à l'activité libérale au sein du service public sont autant d'équipements et d'agents non disponibles pour ce dernier : par exemple, une chambre à deux lits utilisée pour l'activité libérale n'hébergera qu'un seul patient… C'est à cette aune, aussi, qu'il faut estimer les moyens des hôpitaux. Quelques cas particuliers frisent la malhonnêteté intellectuelle : tel chef de service qui dédie la moitié des lits de son service à son activité privée et qui vient, devant les caméras de télévision, s'indigner du manque de moyens dont il dispose.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

La formation professionnelle

C'est à l'hôpital public, enfin, que sont formés les membres de la plupart des professions de soins, les autres y accomplissant des stages. Les étudiants en médecine dits « externes » passent une partie de leurs études à découvrir le fonctionnement des services cliniques durant les stages qu'ils doivent passer à l'hôpital. La formation des internes en médecine, comme le perfectionnement des chefs de clinique-assistants, se fait également au sein des services de soins. Ce cursus de formation concerne le personnel médical dans son ensemble : c'est-à-dire les médecins, les pharmaciens et les odontologistes.

De même, un grand nombre d'hôpitaux accueillent des instituts de formation en soins infirmiers (IFSI) qui dispensent la formation de base aux infirmières et aux aides-soignantes, assurent la formation professionnelle continue débouchant sur les métiers de l'encadrement de santé (cadres et cadres supérieurs) et sur ceux de la spécialisation du métier infirmier (bloc opératoire, anesthésie, puériculture). Quant aux autres formations paramédicales, une part importante de leur cursus se déroule sous forme de stage à l'hôpital public. C'est le cas des formations de sages-femmes, de masseur-kinésithérapeute, de diététicien, d'ergothérapeute, d'orthophoniste, de manipulateur en électroradiologie, de pédicure-podologue, etc.

Le temps ainsi consacré à la – nécessaire – formation de terrain n'est pas ou très peu pris en compte dans les budgets hospitaliers. Quand on calcule des ratios d'activité rapportés aux moyens disponibles, cet aspect de la question devrait pourtant être pris en compte à la hauteur de ce qu'il mobilise d'équipements et de personnels. L'encadrement des étudiants, la trans-

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

mission des connaissances, la formation aux nouvelles technologies occupent une part non négligeable du temps de travail des personnels des services de soins des hôpitaux. Agrégé, ce temps de travail conduit à affecter en réalité une part non négligeable des effectifs des hôpitaux à des tâches qui ne relèvent pas de la mission de soin proprement dite. De même, le taux d'utilisation des équipements en est minoré. Un bloc opératoire où exercent des internes présentera toujours des temps d'occupation supérieurs à ceux de blocs où n'opèrent que des chirurgiens confirmés : explications et démonstrations ralentissent les interventions.

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

Dépassements budgétaires et faiblesse de l'investissement

Dispersion du financement au niveau national, missions insuffisamment financées, médiocre emploi des moyens qui leur sont alloués... Dans ces conditions, ce serait un miracle si les hôpitaux publics parvenaient à respecter les budgets qui leur sont accordés. Ce serait même, pour parler franchement, terriblement inquiétant. Cela signifierait que l'hôpital public n'assume plus totalement sa mission, qu'un rationnement masqué serait à l'œuvre. Ce n'est pas le cas... ou pas encore. Les conséquences de la médiocre organisation de notre système hospitalier se traduisent donc en termes financiers.

Contrairement à ce qui est souvent avancé, les directions d'hôpitaux ne se sont pas arqueboutées sur le respect scrupuleux

des autorisations de crédits accordés aux établissements dont elles avaient la charge. En forçant le trait, on pourrait même dire qu'il y a eu une complicité objective entre communautés médicales et équipes de direction pour focaliser les énergies sur l'activité des établissements davantage que sur leur budget. Et c'est heureux ainsi. On a vu plus haut que la masse salariale représentait les trois quarts des dépenses des hôpitaux et que les profils de métiers étaient – pour employer une litote – insuffisamment adaptés à l'activité des hôpitaux. Des budgets hospitaliers respectés signifieraient en réalité que des moyens accordés aux services de soins auraient été réduits au bénéfice du maintien d'activités support dans les établissements : restauration, voirie, jardinage, menuiserie, plomberie…

C'est bien le refus d'étrangler financièrement leur établissement qui a conduit les directeurs d'hôpitaux à voir leur gestion aussi étroitement encadrée depuis les réformes hospitalières récentes, en particulier par l'EPRD (état des prévisions de recettes et de dépenses), sur lequel on va revenir plus loin. Les dépassements budgétaires sont en réalité la conséquence d'une mission correctement remplie et d'un financement excessivement dispersé sur un nombre trop important d'établissements de soins au niveau national. Les dépassements budgétaires ne sont qu'un effet mécanique de l'organisation de l'hôpital, l'indicateur d'une persistance à assurer une qualité satisfaisante de soins. Pour répondre à la demande de soins, assumer ses missions, les hôpitaux publics n'ont eu d'autre choix que de laisser filer leur budget. Le dépassement budgétaire a été la bouteille d'oxygène des hôpitaux pendant des années.

La situation aurait pu être encore pire si l'investissement n'avait pas fait office de variable d'ajustement. Contrairement aux dépenses de personnel, d'approvisionnement ou de fourni-

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

tures, c'est une dépense invisible, parfois méconnue, dont la diminution est invisible et indolore. Confronté à l'accroissement des dépenses et à la stagnation des recettes, tout chef d'établissement est tenté de diminuer le provisionnement comptable du renouvellement des matériels amortissables. Bâtiments, véhicules, équipements biomédicaux, matériels informatiques... la liste est longue de ces équipements et/ou de ces investissements dont le renouvellement doit s'anticiper plusieurs années à l'avance. Peser sur ce poste budgétaire de dépenses n'a pas de conséquence à court terme ; à moyen terme, en revanche, les effets sont désastreux.

En effet, le contrecoup à moyen/long terme d'une réduction de l'amortissement est de raréfier les possibilités de renouvellement des matériels biomédicaux (en radiologie notamment), d'équipement informatique et de maintenance des bâtiments. Les capacités financières de renouvellement non provisionnées allègent provisoirement et artificiellement les dépenses budgétaires mais amputent gravement le potentiel des hôpitaux. L'effort actuel de rattrapage de l'investissement atteste en partie du choix qui a été ainsi fait dans les années précédentes pour contrôler les dépenses hospitalières tout en maintenant la paix sociale.

Pour preuve, l'une des composantes du plan « Hôpital 2007 » est la mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), dont l'objectif est d'accélérer à un rythme soutenu la rénovation du patrimoine et la modernisation de l'équipement hospitalier, en apportant son assistance à plus de 1 000 projets de construction immobilière pour un montant de 10 milliards d'euros.

La médiocre dotation de la France en équipements biomédicaux confirme qu'une part importante de l'effort financier a

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit

pesé sur l'investissement pendant de nombreuses années. En termes de dépenses de soins en milieu hospitalier, la France arrive au 9e rang des pays de l'OCDE, avec 3,6 % de son produit intérieur brut consacré à ce poste de dépenses, contre 4,1 % aux États-Unis, 4 % en Autriche, 3,8 % en Allemagne, 3,4 % en Italie…

Pourtant, notre pays est largement distancé en matière d'investissements et d'équipements biomédicaux : il 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 (imagerie par résonance magnétique nucléaire) : la France en possède 3,2 par million d'habitants en France, contre 4,9 par million d'habitants en Allemagne, 5 au Royaume-Uni, 10,2 en Italie, et 7,7 en Espagne…

© Wolters Kluwer France - la photocopie non autorisée est un délit