Presse Med. 2007; 36: 381-2
© 2007 Elsevier Masson SAS
Tous droits réservés.

en ligne sur / *on line on*
www.masson.fr/revues/pm



# La dispersion du contrôle des dépenses comme facteur de coût dans les hôpitaux

Robert Holcman

Conservatoire national des Arts et Métiers,
Chaire économie et gestion des services de santé, Paris (75)

Correspondance :
**Robert Holcman,** 1 square Delambre, 75014 Paris.
Tél. : 06 71 98 82 16
robert.holcman@free.fr

Le budget des hôpitaux est composé de 4 groupes de dépenses – personnel, médicales, hôtelières, et financières. Les dépenses de personnel pèsent entre les 2/3 et les 3/4 du total des dépenses des hôpitaux ; les dépenses financières en représentent de 5 à 10 % ; les dépenses à caractère médical, et les dépenses à caractère hôtelier et général se montent respectivement à 10 et 15 % du total. En d'autres termes, alors que la masse salariale représente jusqu'à 75 % du budget, les frais directs relatifs à l'activité médicale n'en constituent que de 10 à 15 % environ.

## D'étonnantes répartitions du personnel

Les chiffres les plus récents communiqués par la Cour des Comptes [1] quant à la fonction publique hospitalière, permettent de constater que le rapport entre personnels soignants et personnels non soignants (80-20 %) n'est pas déraisonnable : les 3/4 des dépenses des hôpitaux sont absorbés par les frais de personnel, qui sont eux-mêmes constitués à 80 % de la rémunération de personnels soignants. 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 médicotechniques. Dit abruptement, il y a dans les hôpitaux publics français deux fois et demie plus de gens pour entretenir les bâtiments, les jardins et les automobiles, que pour faire fonctionner les scanners, les laboratoires et les IRM. Ce constat est d'autant plus préoccupant que le recours des établissements de soins – en particulier publics – aux entreprises pour accomplir des travaux d'entretien ne se dément pas... loin de là.


doi: 10.1016/j.lpm.2006.12.025

L'énoncé de certains des métiers recensés dans le Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière [2] permet d'identifier le souci de l'exhaustivité qui caractérise le recrutement de personnels titulaires de la fonction publique hospitalière : conseiller en économie sociale et familiale ; lingère-couturière ; coiffeur ; esthéticienne ; conducteur de travaux ; couvreur ; solier-moquettiste ; peintre-carrossier ; jardinier-paysagiste ; cinéaste-vidéaste ; développeur informatique ; etc. La permanence de l'activité ne suffit plus désormais à justifier l'internalisation de toutes ces professions, d'autant qu'une bonne part de ces corps ne sont pas en voie d'extinction mais sont toujours bien vivants et l'objet de recrutements constants.

## De multiples gestionnaires

Dans les hôpitaux publics, les dépenses de personnel sont gérées par le directeur des ressources humaines en coordination étroite avec le chef d'établissement. Les dépenses hôtelières et générales (les dispositifs médicaux implantables dans cette catégorie de dépenses) relèvent du directeur des affaires économiques. Les dépenses d'équipement et de travaux sont attribuées à un directeur de l'investissement et des travaux, secondés par trois ingénieurs – biomédical, travaux, informatique – ou bien ressortissent directement à la responsabilité de ces derniers *(tableau I)*.

Cette dispersion des compétences est source d'inefficacité : les postes de dépenses ressortissant à la responsabilité de ses collègues constituent des champs de décision quasi-inaccessible pour le directeur des finances d'un hôpital – sauf à entrer en confrontation avec eux. Or la sociologie des organisations a abondamment démontré [3] que le conflit n'est pas privilégié par les managers – tout particulièrement dans le monde administratif.

Un directeur des finances qui veut agir n'a plus ou presque que les dépenses à caractère médical comme champ d'action. Tout l'y encourage : sa carrière tout d'abord – les directeurs d'hôpital sont des fonctionnaires et, à ce titre, soumis à évaluation et notation, ils doivent donc démontrer à leur évaluateur et notateur la qualité de leur "manière de servir" ; ses collègues qui voient là un dérivatif à sa volonté d'action qui les laisse ainsi gérer en toute indépendance les fonds qu'ils ont à leur charge ; le chef d'établissement, enfin, qui privilégie la paix sociale et la stabilité dans l'équipe de direction qu'il dirige. 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.

TABLEAU I
**Les personnels responsables par types de dépenses**

| Type de dépenses | Personne responsable |
|---|---|
| Personnel | Directeur des ressources humaines |
| Médicales | Directeur des finances |
| Trésorerie, amortissement, provisions | Directeur des finances |
| Hôtelières et générales | Directeur des affaires économiques |
| Équipement et travaux | |
| Travaux | Directeur l'investissement/ ingénieur des travaux |
| Équipements biomédicaux | Directeur de l'investissement/ ingénieur bio-médical |
| Informatique | Directeur de l'investissement/ directeur informatique |

Il existe pourtant d'autres sources d'économies. Serait-il si choquant de confier à des entreprises le jardinage, les travaux d'entretiens 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 ont d'ores et déjà externalisé certaines activités comme la préparation de repas et/ou la blanchisserie du linge, pourquoi ne pas poursuivre ce mouvement ? 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 : réduire les effectifs de quatre emplois de catégorie C (personnels d'exécution) équivaut à l'achat tous les ans d'un scanner d'entrée de gamme.

L'organisation de l'activité des services de soins n'a pas vocation à être imperméable à toute rationalisation. Encore faut-il que, préalablement, les autres gisements d'économies – internes aux établissements ou relevant de leur implantation géographique – aient été mis à jour et exploités.

## Références


1 Cour des Comptes. Les personnels des établissements publics de santé. Rapport thématique, Paris; 2006.
2 Ministère de la santé et de la protection sociale. Répertoire des métiers de la fonction publique hospitalière. Rennes: Éditions de l'École nationale de la santé publique; 2004.
3 Lawrence P, Lorsch J. Organization and environment: managing differentiation and integration. Boston: Harvard Business School Press; 1967.