

■ L E S A M I S D E ■  
**l'École de Paris**

<http://www.ecole.org>

**Soirée-Débat  
"Les Invités"**

*organisée grâce aux parrains  
de l'École de Paris :*

Accenture  
Air Liquide\*  
ANRT  
AtoFina  
Caisse Nationale des Caisses  
d'Épargne et de Prévoyance  
CEA  
Chambre de Commerce  
et d'Industrie de Paris  
CNRS  
Cogema  
Conseil Supérieur de l'Ordre  
des Experts Comptables  
CRG de l'École polytechnique  
Danone  
Deloitte & Touche  
DiGITIP  
École des mines de Paris  
EDF & GDF  
Entreprise et Personnel  
Fondation Charles Léopold Mayer  
pour le Progrès de l'Homme  
France Télécom  
FVA Management  
Hermès  
IBM  
IDRH  
IdVectoR\*  
Lafarge  
Lagardère  
Mathématiques Appliquées  
PSA Peugeot Citroën  
Renault  
Saint-Gobain  
SNCF  
Socomine\*  
THALES  
TotalFina Elf  
Usinor

\*Uniquement pour le séminaire  
Ressources Technologiques et Innovation  
(liste au 1<sup>er</sup> janvier 2001)

**LES OUTILS DE GESTION ET L'HÔPITAL :  
UN SERVICE PUBLIC À SOIGNER**

*Exposé*

**Dominique TONNEAU**

Professeur à l'École des mines de Paris  
Chercheur au Centre de Gestion Scientifique

*Commentaires*

**Louis OMNÈS**

Directeur de l'Hôpital Européen  
Georges Pompidou  
Assistance Publique - Hôpitaux de Paris

*débat animé par*

**Gérard de POUVOURVILLE**

Directeur scientifique du Groupe Image  
École Nationale de la Santé Publique

Séance du lundi 16 janvier 1995

Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche  
Compte rendu a été rédigé par Michel Berry

**Bref aperçu de la réunion**

L'hôpital n'est pas une entreprise comme les autres : c'est un service public, ses tarifs ne sont pas libres et on ne sait pas mesurer sa production. Mais il est confronté à des problèmes que les entreprises ont rencontrés avant lui : la concurrence, la maîtrise des dépenses, le décloisonnement. D'où une fascination des acteurs de la santé pour les méthodes et outils de l'entreprise. La greffe des outils et méthodes de gestion des entreprises peut-elle prendre à l'hôpital ?

*L'Association des Amis de l'École de Paris du management organise des débats et en diffuse  
des comptes rendus ; les idées restant de la seule responsabilité de leurs auteurs.  
Elle peut également diffuser les commentaires que suscitent ces documents.*

**Gérard de Pourville** : Dominique Tonneau, professeur à l'École des mines de Paris et chercheur au Centre de gestion scientifique va nous parler de l'évolution de la gestion hospitalière à la lumière de recherches qu'il mène depuis plus de vingt ans. Louis Omnès nous projettera vers le futur puisqu'il est directeur d'un hôpital virtuel pour l'instant, l'Hôpital Européen Georges Pompidou. Il a en charge l'ensemble du projet avec d'ambitieux objectifs de modernisation, y compris en matière de gestion.

## **EXPOSÉ de Dominique TONNEAU**

L'hôpital ne constitue pas, à l'évidence, une entreprise comme les autres : il assure une mission de service public, ses tarifs ne sont pas libres, mais administrés, ses facteurs de production sont à la charge de la collectivité, et de surcroît il se heurte à une difficulté majeure aux yeux des économistes, celle de ne pouvoir disposer d'une mesure de son output. Tous ces motifs expliquent le caractère particulier de la gestion du système hospitalier, ainsi que les efforts qui sont faits pour parvenir à doter l'hôpital d'outils de gestion, pour la plupart empruntés à l'univers de la grande entreprise.

C'est sur une pratique de recherche en univers hospitalier qui s'étend sur les vingt-cinq dernières années que cet exposé voudrait se fonder, pour tout à la fois décrire le fonctionnement de l'organisation hospitalière, évoquer les outils de gestion qui s'y sont succédés, et faire le lien avec les problématiques de l'époque. Cette recherche est issue de travaux multiples, menés en collaboration avec différentes institutions, hôpitaux ou tutelles, et on verra que la vision qui s'est dégagée de ces travaux s'est progressivement enrichie.

Pour être bref, on pourrait grossièrement distinguer quatre phases dans les quatre dernières décennies. Au cours des deux premières, les efforts de gestion sont surtout menés en interne à l'hôpital, alors que les deux dernières voient l'hôpital soumis à des contraintes externes en provenance des tutelles.

- Dans un premier temps, de 1965 à 1975, l'hôpital, anciennement lieu d'enfermement puis d'exercice des activités caritatives, va connaître un fort mouvement de médicalisation avec les effets du passage à plein temps des médecins qui y exercent ; au cours de cette phase, qui correspond à une période de grande expansion économique, l'hôpital est confronté à une problématique d'allocation des ressources, et cherche à aboutir à des solutions efficaces en utilisant principalement les modèles issus de la recherche opérationnelle.

- Dans un deuxième temps, de 1975 à 1985, la médicalisation s'accompagne d'une technicisation et d'une spécialisation poussée, avec enrichissement du plateau technique ; dans une période caractérisée par un début d'encadrement des ressources disponibles, la problématique de la bonne gestion fait son apparition, et la comptabilité analytique prend une importance certaine.

Au cours de ces deux phases, l'hôpital reste financé par le système dit du prix de journée, où la Sécurité sociale rembourse à l'hôpital toutes les dépenses qu'il a engagées. Cette situation amène à une très forte croissance des dépenses de santé, et est considérée comme inflationniste ; la France se situe en effet en tête des pays européens pour la part de son PIB consacrée aux dépenses de santé, sans qu'il soit par ailleurs possible d'établir un lien certain entre le montant des dépenses engagées et l'état de santé de la population. Une réforme du système de financement intervient donc au milieu des années 80, et remplace le système du prix de journée par une dotation budgétaire globale, indépendante du volume de l'activité.

- Au cours de la troisième phase, de 1985 à 1995, les hôpitaux, soumis à cette nouvelle contrainte, vont se lancer dans des opérations de rationalisation et de recherche de gains de productivité, la problématique de maîtrise des dépenses de santé conduisant les tutelles à vouloir opérer des redéploiements entre établissements, au moyen de procédures très centralisées.

- La quatrième phase s'ouvre aujourd'hui, avec l'idée de mieux intégrer l'hôpital dans l'ensemble du système de santé, et de le faire travailler en réseau avec les autres partenaires. Les tutelles cherchent à se fonder sur un nouvel indicateur d'activité, plus médicalisé que le précédent, le PMSI, programme de médicalisation du système d'information : programme

ambitieux dont l'objectif est de décrire l'activité d'un hôpital sur la base de type de patients qui sont pris en charge, pour mieux planifier les moyens nécessaires et réduire les inégalités qui pourraient exister entre régions. Des mécanismes de type marché commencent à être introduits dans la gestion hospitalière pour y faire prévaloir une démarche plus centrée sur le client.

C'est cette dynamique que l'exposé qui va suivre va essayer de retracer, en s'appuyant sur un certain nombre d'études réalisées au Centre de Gestion Scientifique, dont cinq vont être ici évoquées, menées en collaboration avec Jean-Claude Moisdon, directeur du centre. Elles ont été réalisées en collaboration avec divers partenaires contractuels, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, et autres hôpitaux particuliers, ministère de la Santé, Direction de la Prévision au ministère des Finances, Agence Nationale pour l'Amélioration des Conditions de Travail (ANACT), et elles sont allées de l'étude d'un service à l'analyse plus globale de l'ensemble du système de santé.

### **La gestion en interne, ou comment mieux gérer ?**

Notre première incursion dans le domaine hospitalier concernait les services de radiodiagnostic de l'Assistance Publique, alors confrontée à des problèmes de calcul des équipements et de détermination des effectifs nécessaires. Ces questions semblaient en effet bien ressortir de modèles de la recherche opérationnelle, avec calcul de files d'attente, et nous sommes effectivement parvenus à mettre au point des méthodes permettant de répondre aux questions posées. Mais cette recherche nous avait aussi amenés à regarder de près l'organisation d'un service, les problèmes de roulements et de plannings des personnels, à ouvrir un nouveau champ, celui de la gestion du temps de travail, qui se révéla par ailleurs être très fécond, y compris dans l'industrie et les services.

Cette série d'études nous avait aussi montré les difficultés à faire accepter par les acteurs locaux un modèle, accusé de ne pouvoir se saisir ni de l'incertain (comment prendre en compte les aléas dus au malade et à l'environnement ?), ni du contingent (chaque malade est unique). Par ailleurs, la rationalité technique issue du modèle, même si elle ne recevait qu'une application modeste dans les faits, se heurtait au système de gestion en place, fondé sur d'autres indicateurs. Enfin, pour éviter le conflit entre rationalités différentes, les acteurs se réfugiaient souvent dans le flou, les études ne servant alors que de plaidoyers pour pousser des stratégies définies par ailleurs.

Une seconde série de travaux fut alors lancée, toujours à l'Assistance Publique, et visant cette fois les laboratoires de biochimie, où il s'agissait d'une problématique comparable à la précédente : calcul des équipements et des effectifs. Mais la réalité était toute autre, et se caractérisait par une très grande diversité d'examens possibles, pouvant de surcroît se recomposer en bilans, avec une très grande combinatoire possible, parfois structurée par l'équipement en place, et par une interdépendance entre personnel et matériel, une substitution capital-travail. La recherche s'orienta alors vers la mise en place d'un groupe de réflexion comprenant des médecins cliniciens, des biochimistes et des gestionnaires, chargés de rechercher de nouveaux indicateurs pour leur discipline, et de proposer des analyses nouvelles. Au bout de cinq années de travaux, le groupe émit la proposition d'instaurer un observatoire de la discipline, qui remplacerait un contrôle de gestion trop abstrait, et trop fondé sur la mesure du volume des actes produits, par la prise en compte des interactions humaines entre acteurs concernés.

Cet observatoire ne vit en fait pas le jour, pour de multiples raisons. La complexité s'avère en effet extrêmement difficile à résumer dans une représentation simple, et les exigences de la formalisation conduisaient à une fuite en avant rendant toujours plus lourds les recueils de données nécessaires. Le poids des outils classiques, et notamment de la comptabilité analytique, restait prépondérant, malgré les effets pervers qu'elle induisait et que tous dénonçaient. Enfin, la rationalité limitée des acteurs les amena à renoncer, chacun de leur côté, à un dispositif où l'approche globale des problèmes les aurait obligés à travailler sur des domaines qui ne relevaient pas strictement de leur champ de responsabilité.

Le panorama qui se dégagait de ces deux recherches était celui d'acteurs très profondément balkanisés, en lutte pour l'acquisition de ressources, sans représentation fidèle de leur activité, et cherchant à développer des stratégies propres à leur logique professionnelle. Cela dit, les modèles, même s'ils ne permettaient pas de mettre en oeuvre une rationalité différente, permettaient au moins de dévoiler ces stratégies dans leurs réponses au modèle. Au total, l'accès aux ressources semblait être la motivation essentielle de ces stratégies, et l'apparition des outils de gestion successifs implantés à l'hôpital n'avait fait que renforcer cette tendance. Il devenait évident que les acteurs du système étaient incapables de répondre aux attentes des tutelles cherchant à limiter la croissance des dépenses totales.

### **La gestion sous contrainte externe, ou comment mieux s'ajuster aux besoins ?**

La mise en oeuvre du budget global s'est effectuée vers le milieu de la décennie 80. Le système du prix de journée, jugé inflationniste, fut complété dès 1979 par l'instauration d'un taux directeur fixé par les tutelles, et bornant supérieurement les augmentations annuelles. Cette mesure n'ayant pas réussi à décélérer la croissance des dépenses hospitalières, le budget global fut instauré : il s'agit d'une enveloppe financière fixe, que reçoit l'hôpital en début d'année, pour l'exercice à venir, quelle que soit son activité. Plus précisément, l'enveloppe est départementale, et confiée à la DDASS, qui doit la répartir entre tous les établissements dont elle a la charge. À cette enveloppe s'ajoute une marge de manoeuvre, et différentes enveloppes nationales ou régionales, ciblées sur certains thèmes particuliers. Par ce moyen, l'idée était de mieux tenir les budgets hospitaliers, et d'arriver à opérer une répartition des dotations, autrement dit, de mettre en oeuvre une vraie politique volontariste en matière de carte sanitaire.

De fait, les dépenses hospitalières ont bien connu une rupture de pente dans leur évolution, mais différentes études menées, à la demande de la direction de la Prévision au ministère des Finances, puis de la Mission Interministérielle Recherche Expérimentation (MIRE) au ministère des Affaires sociales, ont montré sur deux échantillons successifs que la contrainte ne s'était pas exercée de manière aussi lourde et brutale que l'affirmaient directeurs et médecins dans les hôpitaux. En réalité, placés dans un univers de plus en plus concurrentiel face à la DDASS, le couple Médecin-Directeur s'était ressoudé, cherchant à obtenir le plus de moyens possibles pour maintenir l'établissement à un degré de technicisation compatible avec des soins de pointe, et éviter d'amorcer un repli vers la gériatrie, vécue comme déqualifiante. Face à ces revendications, la tutelle locale essaie certes de mettre ses priorités en oeuvre, mais elle ne peut guère effectuer que de petits pas (fermeture de services d'urgences, ou de petites maternités), car elle se retrouve prisonnière d'une instrumentation très pauvre pour analyser l'activité des hôpitaux, de l'urgence avec laquelle elle doit traiter les dossiers qui lui sont soumis, et surtout de l'environnement local dans lequel elle se situe : l'hôpital reste dans de nombreux endroits le premier employeur de la commune, et toute proposition de diminution d'activité se heurte à une défense farouche des élus locaux, le maire étant de surcroît le président du conseil d'administration.

C'est pourquoi, en même temps que se mettait en place le budget global, était lancé un vaste projet visant à disposer d'une information médicalisée sur l'activité des hôpitaux. Ainsi, la dotation globale pourrait-elle en définitive être assise sur la considération de l'activité réelle, et non, comme en ce moment, sur la reconduction mécanique de budgets historiques. Un modèle américain fut importé (le D.R.G. Diagnosis related group), qui proposait une typologie des séjours à l'hôpital en fonction d'une part des pathologies et d'autre part des moyens mobilisés pour les traiter. Le modèle français, le PMSI, s'en est fortement inspiré pour mettre en place des résumés standardisés de sortie, recueils de données sur chaque séjour, à partir desquels les séjours sont classés en groupes homogènes de malades. On aboutit ainsi à une représentation de l'activité hospitalière sous la forme d'un vecteur à environ 500 composantes. Par ailleurs, un échantillon d'une cinquantaine d'hôpitaux s'est engagé dans une comptabilité analytique permettant de calculer des coûts par séjour dans chacun de ces Groupes homogènes de malades.

Après avoir longtemps hésité entre un usage dit interne (permettre à l'hôpital de mieux cerner ses centres de coûts), et un usage externe (utiliser ces informations pour déterminer les

budgets), c'est finalement ce second usage que les tutelles ont choisi de mettre en oeuvre, en proposant d'utiliser les coûts calculés sur l'échantillon pour déterminer des budgets théoriques et opérer ensuite des redistributions plus égalitaires. Une expérience a été menée en Languedoc-Roussillon, et la généralisation de la méthode est prévue pour le budget 1996. Parallèlement, chaque région était chargée de dessiner un schéma régional d'organisation sanitaire et sociale, carte sanitaire définissant les missions de chaque établissement. Mais, en l'absence de résultats du PMSI, encore fragmentaire, les jeux de pouvoir et d'influence entre communes rivales ont souvent pris le pas sur une approche plus sanitaire.

### **Retour en interne : vers un projet global de soins**

Sous l'effet de la contrainte, et de la concurrence qui régit maintenant les rapports entre hôpitaux et tutelles, il est clair que les établissements ont réussi à dégager d'importants gains de productivité, notamment dans les services logistiques. La contrainte externe les ramenait à leur gestion interne.

La gestion des ressources humaines constitue à l'heure actuelle une nouvelle voie. Après les mouvements des personnels soignants de 1988, et les différents protocoles d'accord signés, des actions ont été lancées en faveur de l'amélioration des conditions de travail, puis de l'organisation dans les services de soins. Le corps médical, inclus dorénavant dans le budget hospitalier, bénéficie de la formation permanente, et certains établissements, comme l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, ont mis en place des initiations à la gestion et au management pour leurs futurs chefs de service.

Aux exigences de la pratique médicale s'ajoutent aujourd'hui les contraintes économiques, qui tendent à privilégier une approche centrée sur le client, et une gestion assurée par des managers modernes. Cette confrontation de deux préoccupations jusqu'ici jugées antagonistes, ne peut se résoudre que par la mise en place de règles éthiques très fortes, évitant toutes les tentations de dérive. Pour y parvenir, garder un haut niveau de qualité des soins, et se préserver de toute dérégulation trop concurrentielle d'un service public, les uns et les autres pourront dorénavant s'appuyer sur un nouveau mode d'évaluation de la qualité et du produit hospitalier.

Encore faut-il que tous les acteurs de l'hôpital parviennent à définir ensemble un projet de soins intégrant tous les aspects du problème, les différentes logiques en cause, y compris celles de tutelles et des malades, qui en dernier ressort sont à la fois les bénéficiaires et les financeurs de l'institution. Ce sont ces synergies que recherchent maintenant les responsables, et je pense que l'oeuvre entreprise par Louis Omnès à l'hôpital européen Georges Pompidou en est une bonne illustration.

## **COMMENTAIRES de Louis OMNÈS**

### **Les hôpitaux sont-ils en crise ?**

On dit souvent aujourd'hui que les hôpitaux sont en crise mais ils ne sont pas tous confrontés aux mêmes problèmes.

Il y a d'abord de petits hôpitaux qui ont construit de beaux plateaux techniques à l'époque de la folle croissance. Mais ils n'ont pas eu les moyens de les maintenir en état et d'attirer de bons médecins. Ils sont maintenant obligés de mener des reconversions douloureuses.

La deuxième famille, nombreuse, est celle des hôpitaux généraux des villes de 50 000 à 250 000 habitants. Ils connaissent une crise de surchauffe : après avoir appliqué le budget global de façon assez stricte et avoir fait de forts gains de productivité, ils n'ont plus de marge d'efficacité et sont obligés de céder des parts de marché au secteur privé lucratif.

La troisième famille est celle des grandes structures hospitalo-universitaires. Elles connaissent une crise managériale, c'est-à-dire une difficulté d'imaginer les structures et les modes de gestion permettant de faire face à la concurrence internationale et aux mutations permanentes de l'environnement.

Dominique Tonneau a insisté sur les effets du budget global. Il est vrai que, lorsque le déficit de la Sécurité sociale est élevé, les technocrates et les politiques s'entendent pour demander des traitements de choc : le budget global, les schémas régionaux d'organisation sanitaire deviennent alors des camisoles de force. Mais dans les périodes de rémission on fait appel à des consultants et des chercheurs qui développent des outils plus raffinés et concluent qu'il faut engager une démarche de changement culturel à l'hôpital. Mais un tel changement est souvent affaire d'une, voire de deux générations. Que faire alors ?

### **Une restructuration parisienne**

Le projet dans lequel je suis impliqué consiste à préparer la naissance d'un hôpital du futur et le décès de quatre hôpitaux prestigieux : Broussais, Boucicaut, Laennec et Saint Lazare. L'Assistance publique de Paris (AP) a défini une stratégie selon quatre axes : restructuration de l'offre médicale, économies de gestion, recentrage sur les valeurs thérapeutiques et développement d'un esprit managérial.

Il s'agit d'abord de mieux organiser l'offre médicale dans l'ouest parisien (qui comprend 500 000 personnes) autour de trois pôles forts : Necker-Enfants malades sera le pôle mère-enfant; l'Hôpital européen Georges Pompidou sera centré sur les disciplines pour adultes sauf les spécialités neurologiques et neuro-chirurgicales qui seront regroupées à l'Hôpital Ste Anne (qui n'appartient pas à l'AP). Ces pôles seront en réseaux avec les structures de soutien à domicile, les associations et les autres structures de soins à but lucratif ou non lucratif.

Il est aussi prévu de faire des économies. Un premier engagement pris est de financer les investissements par la vente d'une partie des terrains occupés par les hôpitaux qui vont être fermés. Le second est de faire une économie de 100 millions de francs par an. Il a été prévu de fermer 400 lits dans des disciplines en déclin comme la chirurgie générale ou la médecine interne, de concentrer les plateaux techniques et de réaliser des économies d'échelle dans l'administration, la logistique, etc.

Nous développons aussi une stratégie médicale. Nous abandonnons certains points faibles pour renforcer nos domaines d'excellence. Nous allons créer un service d'urgence de qualité, secteur souvent décrié dans la région parisienne. Nous voulons être compétitifs au niveau international dans les pathologies cardio-vasculaires et la cancérologie des tumeurs solides.

Nous visons aussi une déconcentration. L'AP est un ensemble énorme qui gère 55 hôpitaux et un budget de 24 milliards. Tout ce qui concourt à la cohérence stratégique et financière restera au siège de l'avenue Victoria mais la gestion des ressources humaines et matérielles et le pilotage du système gagneront à être déconcentrés et gérés par subsidiarité.

Enfin il s'agira d'organiser l'hôpital autour d'une valeur clé : le service au malade. Nous voulons pour cela dissocier l'organisation hôtelière et l'organisation soignante : en nous inspirant de gestions industrielles en juste à temps, nous dégagerons le corps médical de toute préoccupation logistique. En matière d'outils de gestion nous voulons passer d'une approche administrative à une approche managériale. Nous adapterons des outils de gestion venant d'ailleurs (des aéroports qui ont beaucoup de flux à gérer, de l'hôtellerie ou de l'industrie). Une source d'inspiration sera aussi le domaine de l'audiovisuel, en particulier de la télévision : le monde médical se nourrit de données et d'images et le multimédia est un enjeu majeur.

Nous voudrions faire de l'Hôpital européen Georges Pompidou un véritable opérateur de santé en relation avec les médecins de ville, les associations et les autres hôpitaux. Il nous faut faire sortir l'organisation médicale de ses cloisonnements disciplinaires et développer des réseaux internes fondés sur des groupes de pathologies (cardio-vasculaire, cancérologie, etc.).

Il ne sert toutefois à rien d'avoir des outils de gestion sophistiqués si le milieu n'est pas prêt à y adhérer et s'il n'y a pas une stratégie d'ensemble pour les intégrer dans les pratiques.

## DÉBAT

**G. de Pourville :** Je voudrais apporter une nuance à ce qu'a dit Dominique Tonneau sur les méfaits de la comptabilité analytique : il a traité le cas particulier de l'AP de Paris, une des rares à avoir développé une comptabilité analytique mais elle est très fragmentaire ailleurs. De plus le budget global, avec une absence d'incitations financières réelles, n'a pas poussé les directeurs d'hôpitaux à développer une analyse fine des coûts. La greffe des outils de gestion n'a pas donc vraiment pris dans l'ensemble du système.

Je voudrais aussi noter les rapports ambigus entre l'État et l'hôpital public en France. Ils sont faits d'un mélange entre une régulation bureaucratique, une régulation par le marché et une régulation politique : la tutelle exerce un contrôle bureaucratique mais les hôpitaux sont en concurrence entre eux et avec les systèmes privés. Au total on n'a ni les avantages de la bureaucratie efficace ni ceux du marché. Il faudrait que les hôpitaux et l'État sortent de ce modèle mais je vois plutôt une situation paradoxale dans laquelle les hôpitaux semblent souhaiter plus de règles de la part de la tutelle tout en les refusant. Cela fait penser à une relation père-fils mal assumée, le fils étant partagé entre l'envie de dire "*papa tu t'occupes trop de moi*" et "*papa dis-moi ce qu'il faut faire*".

Enfin on veut greffer des transplants de l'entreprise mais les modes de fonctionnement de l'hôpital sont restés traditionnels : l'organisation du travail et les relations hiérarchiques n'ont guère évolué en dix ans et la technique a renforcé le cloisonnement entre spécialités. Il faut donc sérieusement réfléchir à l'organisation du travail à l'hôpital. Il faut aussi se demander ce que veut vraiment dire donner priorité au client : va-t-on vraiment mettre le malade au centre du processus de production ou va-t-on rationaliser la gestion des flux, le patient n'étant que l'un des éléments du flux ?

### PMSI : l'effectif et le symbolique

**Jean de Kervasdoué** (ancien directeur des Hôpitaux, président de Sanesco) : *D. Tonneau a parlé de budget global, terme souvent utilisé mais inexact : il s'agit en fait de dotation globale, qui correspond au calcul théorique de ce que l'Assurance maladie pourrait reverser à l'hôpital. Intervient donc un troisième acteur, l'assurance maladie, qui joue un rôle important.*

*D'autre part les décrets de création de la dotation globale datent de 84 pour les CHU et 85 pour les hôpitaux généraux. Ils précisent que la dotation globale est calculée en fonction de l'activité de l'hôpital. La question qui se posait à l'époque était de savoir comment calculer l'activité. Le PMSI avait été introduit en France avant la dotation globale puisque, comme directeur des hôpitaux, j'ai été l'importateur des DRG<sup>1</sup> américains en 1982, qui me paraissaient le moins mauvais système disponible.*

*Quand nous sommes passés au système de la dotation globale, nous savions qu'il n'y avait pas au départ une répartition équitable entre les hôpitaux. Nous n'avons pas pu faire comme les Canadiens une révision des bases budgétaires parce que le ministère du Budget ne le voulait pas et que nous n'avions pas le personnel nécessaire. Le mécanisme du taux directeur a été la règle, comme l'a montré D. Tonneau. J'avais calculé que si on l'appliquait aux hôpitaux les plus défavorisés, on réduirait les inégalités en 250 ans.*

*Enfin il faut se demander pourquoi on parle encore d'expérimentation en 1995 alors que c'était le terme employé en 1985. Un facteur qui n'a pas été évoqué est la faiblesse de la tutelle hospitalière : elle ne contrôle rien sauf la tenue du budget. Un "bon" directeur d'hôpital est alors celui qui tient son budget, a de bonnes relations avec les médecins et n'a pas de grève. La qualité du service rendu intervient peu dans ce jugement.*

---

<sup>1</sup> Diagnosis Related Groups : classification des séjours hospitaliers en 500 groupes en fonction du type de patients traités (ex : appendicite, accouchement, etc.)

*En conclusion, je dirais que nous avons une liberté de choix unique au monde (USA compris) mais que nous la payons très cher. Ceux qui veulent, comme ce fut mon cas, instaurer un minimum de contrôles sont traités de liberticides.*

**D. Tonneau :** Je ne reviens pas sur les dates ou le distinguo entre budget global et dotation globale : il me ne semblait pas utile d'entrer dans ces considérations pour l'exposé d'aujourd'hui. Il est en revanche intéressant de voir, qu'alors que tout avait été fait pour aller vite en important un système rodé aux États-Unis, on en est toujours à l'expérimentation. Une cause est que toutes les réformes, dotation globale, PMSI, schémas régionaux d'organisation, transformation de l'organisation des processus de production, des conditions de travail du personnel, sont menées en parallèle. Mais on peut espérer que cela va converger un jour.

**Participant :** *N'est-ce pas aussi dû à la faiblesse des moyens mobilisés ? Pour 1200 hôpitaux employant des dizaines de milliers de personnes, contrôlés par différents niveaux de tutelles (national, régional), il y a besoin d'outils de gestion adaptés, différents selon les lieux. Mais combien de personnes participent à la fabrication de ces outils et à leur mise en œuvre ? Très peu par rapport à l'ampleur du chantier, je crois.*

**Jean-François Noury** (Responsable médical de la mission PMSI) : *Plusieurs raisons expliquent la lenteur de la mise en place du PMSI.*

*Cette réforme a été menée parallèlement à d'autres lancées sans concertation, comme la départementalisation ou la suppression du secteur privé à l'hôpital, qui suscitaient l'hostilité des médecins. Or le PMSI demandait beaucoup aux médecins qui devaient apporter l'information médicale pour documenter le système d'information. De plus, la mise en place de la dotation globale s'appuyait sur une loi et un décret alors que le PMSI était fondé sur des textes moins contraignants. Enfin, pendant une longue période, il n'y a pas eu de volonté politique claire et continue du ministère.*

*Mais on n'en est plus aujourd'hui à une expérimentation limitée. Cette année en effet les dotations globales de l'ensemble des établissements vont être calculées à l'aide du PMSI. Cette étape est maintenant marquée par une volonté ministérielle très claire. De notre côté, nous avons mis en place avec l'École nationale de la Santé publique en particulier les formations nécessaires pour les hospitaliers et les services extérieurs de l'État.*

**G. de Pourville :** On se représente mal l'échelle de ce projet.

Il supposait d'abord une révolution culturelle. L'information médicale était détenue par les médecins et absolument pas partagée. Voilà qu'il fallait la consigner dans des banques de données. Cette idée est maintenant acceptée. Dix ans c'est peu pour un tel changement de mentalités.

On doit généraliser l'application l'année prochaine mais l'évolution médicale est telle que les outils de gestion dont on dispose aujourd'hui ne sont plus totalement adaptés. Nous sommes donc en retard d'une évolution et je ne sais pas comment la rattraper : cela suppose un investissement d'intelligence colossal, qui dépasse de loin les moyens que lui consacre l'administration. Le ministère des Affaires sociales est sous-doté par rapport à l'ampleur de son travail. De plus c'est un des rares dont les effectifs ont continué à diminuer ces dernières années.

**J. de Kervasdoué :** *Dans une conjoncture politique difficile, je m'étais battu pour la gestion médicalisée des hôpitaux. C'était contre le corps médical au début mais je crois qu'il reconnaît maintenant que c'était dans son intérêt. Pour expliquer ses réserves, il faut ajouter que l'inconvénient de rendre l'activité visible est qu'on peut découvrir que le professeur Dupont qui se dit grand chirurgien fait en réalité 80 % d'opérations banales.*

*Au sujet des moyens de gestion, il faut prendre conscience que le ministre de la Santé est un chef d'entreprise qui a la responsabilité d'une activité de 640 milliards de francs. Mais sa durée dans sa fonction a été inférieure à vingt mois depuis 1970 et il est très pris par des tâches gouvernementales. Cela explique bien des tergiversations et des enlisements.*

*La Direction des Hôpitaux a en tutelle directe 220 milliards de francs et 80 en tutelle indirecte. Or j'avais à l'époque cinq personnes pour s'occuper du contrôle de gestion. Imaginerait-on une entreprise de cette taille fonctionner de cette manière ? Avons-nous vraiment intérêt à laisser les choses en l'état ?*

**D. Tonneau :** On est effectivement étonné des faibles moyens consacrés à la réforme d'un tel système. Je suis aussi frappé de la faiblesse des échanges entre hôpitaux et même entre services. Lorsqu'une solution a été expérimentée quelque part, il est rare qu'on en ait connaissance ailleurs. Il n'y a guère de capitalisation des expériences et des connaissances. De ce fait les avancées restent confinées localement.

### **Concurrence et égalité des soins**

**L. Omnès :** Je voudrais revenir sur l'ambiguïté des rapports entre l'hôpital et l'État signalée par G. de Pourville. C'est encore plus compliqué qu'une relation père-fils. Le directeur d'hôpital peut en effet se choisir un père adoptif : le président de son conseil d'administration, qui est le maire de sa ville. Comme l'hôpital est généralement un important pourvoyeur d'emplois pour la ville, le maire a un point de vue différent de celui des tutelles administratives sur la stratégie que doit suivre l'hôpital. Non seulement il y a un ménage à trois, État, Sécurité sociale, hôpital, mais encore le directeur peut hésiter entre un père naturel et un père adoptif. Pour compliquer le tout, l'hôpital est en concurrence dans certains secteurs comme la maternité et la chirurgie et il doit être très vigilant sur la qualité de service (en particulier l'hôtellerie).

**G. de Pourville :** Pour des raisons d'efficacité ne va-t-on pas vers un éclatement de l'hôpital entre un secteur concurrentiel et un secteur en position de monopole ? Il y aurait d'un côté les secteurs performants, disposant des mêmes outils que les cliniques privées et de l'autre les secteurs de service public, comme par exemple celui des maladies chroniques des personnes âgées. Les modalités de financement de ces deux types d'activités diffèreraient alors.

**L. Omnès :** Je ne veux pas voir ce scénario d'un hôpital à deux vitesses. Le problème que vous soulevez est celui de la régulation et des réformes à introduire dans le financement du système de santé en France. Car, si on affiche aujourd'hui l'égalité dans l'accès aux soins, la réalité est tout autre.

Tout d'abord, le paiement à l'acte est non éthique. Prenons le cas de la transfusion sanguine. Dans un hôpital, vous aviez deux logiques : celle du budget global classique et, pour le département de transfusion sanguine, celle d'un budget à équilibrer entre dépenses et recettes de vente des produits sanguins. Cette ambiguïté a abouti à l'affaire du sang contaminé.

Prenons un autre exemple. Supposons que vous vous fracturiez le col du fémur dans la région parisienne. Vous pouvez aller près de chez vous dans un petit hôpital public qui a des problèmes budgétaires et qui n'a pas trouvé les compétences chirurgicales suffisantes. Vous aurez alors droit à une réduction de fracture sans prothèse. Avec plus de chance, vous pouvez aller dans un hôpital soumis à un régime rigoureux de budget global sans régulation intelligente où le directeur a défini en début d'années les quotas de prothèses de hanches standards : tige cimentée, tête normale à un prix de 9 000 F. Mais dans la clinique en face vous auriez eu droit à une prothèse avec tige non cimentée, une tête en titane à 14 000 F. Et dans une clinique de luxe vous auriez eu une prothèse personnalisée. Et tout cela pour un même âge, même statut social et avec le même financeur.

### **Des outils et des hommes**

**Participant :** *Faisant de la recherche en gestion depuis de nombreuses années, j'ai appris que les intentions pèsent peu par rapport à la puissance des outils en place. M. Omnès nous dit qu'il va fonder un hôpital européen tout à fait autre et qui va servir de nouvelles valeurs. Cela doit donc être avec de nouveaux outils car les médecins, les infirmières et les méthodes de travail seront semblables aux autres hôpitaux. Quels sont ces outils ?*

**L. Omnès :** Je vous sens sceptique, sans doute en vous fondant sur des expériences industrielles.

Tout d'abord quand je parle de recentrage sur les valeurs, j'évoque un puissant levier d'action. Dans les hôpitaux, contrairement à de nombreuses firmes industrielles, il n'est pas difficile de trouver des mécanismes d'intéressement du personnel à son travail : on ne choisit pas par hasard de travailler à l'hôpital. Quelles que soient la conjoncture, les difficultés ou les critiques, nous pouvons compter sur l'engagement des gens.

Quelles nouvelles valeurs va porter cet hôpital ? L'une sera l'Europe. Les hôpitaux qui vont fermer portaient des valeurs très fortes : Broussais, c'est la science, la première greffe cardiaque ; Laennec, c'est l'hospice des incurables au XVII<sup>e</sup> siècle, le poumon; Boucicaut c'est l'hôpital de quartier du XIX<sup>e</sup> siècle. L'Europe doit évoquer l'ouverture, la compétition, l'innovation dans les modes d'organisation. L'autre valeur fondamentale est le malade.

Vous me direz peut-être "*oui mais l'organisation ?*". Je pense que les hôpitaux n'ont pas assez investi dans l'organisation pour des raisons culturelles : l'idée que les soins puissent se produire comme n'importe quel autre service était effrayante pour les acteurs. Mais cela évolue : l'expression de productivité biologique n'effraie plus aujourd'hui alors qu'elle aurait paru inadmissible il y a dix ans.

Pour la construction de cet hôpital, nous allons essayer d'innover sur tous les plans : social, organisationnel, technologique, en évaluant ces innovations selon la valeur ajoutée pour le malade. Prenons le domaine de l'imagerie. Si les radiologues et la direction ne pensent qu'à la technologie sans se soucier de l'organisation du brancardage, ils font fausse route : les médecins auront de belles images en trois dimensions mais le malade attendra de longs moments dans les couloirs. Il vaut alors peut-être mieux investir dans des moyens permettant de mieux communiquer avec les brancardiers pour prendre le malade au bon moment.

**G. de Pourville :** Vous allez récupérer dans votre nouvel hôpital des personnes orphelines de leur identité initiale. Comment allez vous gérer la transition ?

**L. Omnès :** Nous menons une démarche projet et nous dissociions la phase de transition et le fonctionnement permanent. Pour que tout soit en place le jour dit (le 1er octobre 1998), il faut le même genre d'organisation que pour préparer des Jeux Olympiques. Pour préparer le fonctionnement permanent, il faut tester le mieux possible de nouvelles formules. Nous faisons ainsi du maquettage en grandeur réelle dans les anciens hôpitaux. Nous testons par exemple un système danois d'approvisionnement des médicaments en juste à temps, dans lequel chaque tiroir est approvisionné automatiquement, ce qui dégage l'infirmière de toute préoccupation logistique.

Nous faisons aussi bien sûr un gros effort de formation du personnel pour préparer les acteurs à jouer leur nouveau rôle.

### **Le malade est-il au centre ?**

**Participant :** *Je suis médecin hospitalier dans un hôpital général. Si j'ai compris, on va traiter beaucoup de pathologies d'organes dans l'hôpital du 15<sup>ème</sup>. Mais c'est une médecine spécialisée. Je crois d'ailleurs qu'il y aura 55 spécialités différentes. Cela me paraît dommageable car il faut aussi s'occuper des personnes âgées qui ont besoin de médecins moins spécialisés.*

**L. Omnès :** Je vous rassure docteur : un des axes forts du projet approuvé par le Premier ministre est de reconnaître pleinement la fonction d'hôpital de proximité. La problématique des personnes âgées sera donc très présente dans le projet.

**Un autre participant :** *Mettre le patient au centre, est-ce que cela facilitera ou fera obstacle à la cohabitation entre une logique hospitalière transversale et la logique universitaire spécialisée et pyramidale des CHU ?*

**L. Omnès :** Le malade est un formidable moyen de décloisonnement. Le mettre au cœur de nos préoccupations n'est pas un pur discours humaniste. Cela veut dire que la réflexion est

guidée par la question : quelle est la valeur ajoutée repérable par le malade ? Il s'agit de chercher les parades aux dysfonctionnements traditionnels de l'organisation hospitalière.

Dans cette optique les systèmes d'information sont évidemment stratégiques et il ne faut plus nous laisser dominer par des produits mal adaptés à l'hôpital. Nous avons fait un recensement de l'offre industrielle mondiale et découvert qu'il n'existait pas une seule solution répondant à nos attentes. Nous allons par conséquent être obligés de faire de l'assemblage de sous-systèmes et de l'intégration.

**Participant :** *Il y a quelque temps, une journaliste très connue, Christine Clerc, a fait une chute de cheval et a été hospitalisée de nombreux mois. À sa sortie, elle a écrit un livre très critique sur l'hôpital, qui a eu un grand écho. Avez-vous lu l'ouvrage et étudié les remèdes à ses critiques ?*

**L. Omnès :** L'équipe projet a bien sûr étudié l'ouvrage. Notre conclusion est que si la critique est vive, il manquait un chapitre au livre : la critique de l'équitation. C. Clerc a en effet été remise sur pieds après un accident très grave de cheval.

Les hôpitaux ont certes des défauts mais, quand on a quelque chose de sévère, ils sont à la hauteur.