

**Séminaire
Vie des Affaires**

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

Algoé²
Alstom
ANRT
AREVA²
Cabinet Regimbeau¹
CEA
Chaire "management de l'innovation"
de l'École polytechnique
Chaire "management multiculturel
et performances de l'entreprise"
(Renault-X-HEC)
Chambre de Commerce
et d'Industrie de Paris
CNES
Conseil Supérieur de l'Ordre
des Experts Comptables
Crédit Agricole SA
Danone
Deloitte
École des mines de Paris
EDF
ESCP Europe
Fondation Charles Léopold Mayer
pour le Progrès de l'Homme
Fondation Crédit Coopératif
Fondation Roger Godino
France Télécom
FVA Management
Groupe ESSEC
HRA Pharma
IBM
IDRH
IdVectoR¹
La Poste
Lafarge
Ministère de l'Industrie,
direction générale de la compétitivité,
de l'industrie et des services
OCP SA
Paris-Ile de France Capitale Economique
PSA Peugeot Citroën
Reims Management School
Renault
Saint-Gobain
Schneider Electric Industries
SNCF¹
Thales
Total
Wight Consulting²
Ylios

¹ pour le séminaire
Ressources Technologiques et Innovation
² pour le séminaire Vie des Affaires

(liste au 1^{er} septembre 2010)

**LA CRISE D'IDENTITÉ DES MÉDECINS
FACE AU NOUVEAU CHANGEMENT
DE L'HÔPITAL**

par

Gérard de POUVOURVILLE
Professeur titulaire de la chaire ESSEC - Santé

Séance du 4 juin 2010

Compte rendu rédigé par Jacques Berthier

En bref

Alors que l'identité traditionnelle des médecins hospitaliers est fondée sur l'excellence clinique et la notoriété scientifique, notamment dans les centres hospitaliers universitaires, la pression exercée par le ministère de la Santé sur l'hôpital se fait de plus en plus forte pour adopter des techniques de management d'entreprise, notamment depuis la mise en place d'un nouveau système de financement à l'activité et d'une réforme de la gouvernance hospitalière visant à constituer des pôles dirigés et gérés par des médecins et des cadres de santé. Il apparaît ainsi une tension entre les identités professionnelles des médecins et des identités de directeurs de production, qui doivent atteindre les objectifs qui leur sont fixés sans dépassement des budgets alloués. Nombre de médecins hospitaliers de base peinent à se situer dans ce nouveau contexte et souffrent d'une insuffisance de reconnaissance.

*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.*

EXPOSÉ de Gérard de POUVOURVILLE

À l'automne 2008, un certain nombre de grands patrons hospitaliers, notamment de l'AP-HP (Assistance publique - Hôpitaux de Paris), ont mené très activement une campagne médiatique visant à dénoncer l'absurdité de la régulation économique du système hospitalier et des réformes mises en place. C'était surtout la notion de rentabilité à l'hôpital qui leur posait problème, avec le sentiment qu'un certain nombre de mesures visaient à attaquer le service hospitalier public en favorisant le service hospitalier privé.

Si les médecins hospitaliers de base ont moins manifesté publiquement, leur grogne s'est exprimée à l'intérieur des établissements dans de nombreux débats. Malgré leur perplexité, ils ont d'abord fait preuve de bonne volonté en jouant le jeu des réformes, puis ils ont eu le sentiment d'avoir été un peu trompés dans l'affaire. Pour comprendre pourquoi, il faut revenir plusieurs années en arrière.

Des chocs répétés

En effet, l'hôpital a successivement subi des chocs exogènes dont la violence a principalement commencé en 1995, avec la mise en place des agences régionales de l'hospitalisation. Ensuite d'autres chocs se sont produits, comme le passage aux 35 heures qui a entraîné un réaménagement profond des modes d'organisation, le passage à l'euro, et des réformes plus spécifiques du système de santé. Tout cela s'est accompagné d'un renforcement assez marqué du contrôle de l'État sur le fonctionnement de l'hôpital public.

Une double contrainte

Le fil conducteur des réformes de ces dernières années a été clairement d'imposer aux hôpitaux publics un double mouvement de resserrement de leurs marges de manœuvre stratégiques et des contrôles budgétaires dont ils font l'objet : la pression pour un retour à l'équilibre des budgets des établissements publics s'est accrue. Dans le même temps, le dispositif de planification hospitalière s'est sophistiqué : pour la définition du contenu de leurs activités, les hôpitaux dépendent d'autorisations données par des instances étatiques, en l'occurrence les agences régionales de santé, la puissance publique allouant à chaque hôpital un quota de production.

Tout ceci s'accompagne, depuis bien des années, d'un discours récurrent invitant fermement les équipes de direction des établissements hospitaliers à se comporter comme des "entrepreneurs publics", porteurs d'une vision stratégique de leur établissement et capables de mobiliser leurs troupes avec dynamisme pour atteindre les objectifs fixés.

Une longue histoire managériale

Dans les années 1983/1984, la doctrine était de mettre en place la DPPO (Direction participative par objectifs) dans les établissements hospitaliers. L'idée était de fonctionner comme les entreprises, c'est-à-dire avec la possibilité pour le directeur d'établissement d'établir avec ses chefs de services des contrats d'objectifs et de moyens, et ensuite d'exiger d'eux un *reporting* sur l'engagement de leurs ressources et l'atteinte de leurs objectifs. Ce fut aussi l'époque où Jack Ralite, ministre de la Santé du premier gouvernement Mauroy, a mis en place la réforme des départements hospitaliers, avec une gestion démocratique et collégiale à l'intérieur de l'hôpital, le chef de département étant nommé pour quatre ans par un collègue élu par le personnel. Depuis, l'hôpital public a tenté à plusieurs reprises de sortir de son organisation par services, à laquelle on reprochait un manque de coordination et de synergie entre les services, un risque de doublons d'analyses, mais aussi une hyperspécialisation pouvant conduire à une vision trop étroite des problèmes de santé à traiter, et donc à des pertes de chances pour les patients.

Aujourd'hui, on ne parle plus de DPPO mais de "contractualisation interne", et les départements hospitaliers sont devenus les pôles médicaux.

De l'ancien système au dispositif actuel

Les hôpitaux publics sont des établissements publics de santé autonomes quant à leur gestion et leur pouvoir de décision, mais leur conseil d'administration est bien entendu sous la tutelle de l'État. Cette tutelle est assez prégnante, puisqu'elle définit notamment les règles de gouvernance, les règles de fonctionnement et les modes de financement. Ainsi, bien qu'autonomes, les établissements publics hospitaliers sont dans un environnement très réglementé.

La gouvernance

Avant les réformes de 2005/2009, le conseil d'administration était composé de représentants nommés de l'État, de l'Assurance maladie et d'associations d'usagers, ainsi que de représentants élus du personnel et de personnalités qualifiées. Il était présidé par le maire de la commune où l'hôpital était implanté, la collectivité locale étant propriétaire du foncier et des immeubles. Mais ni le maire ni la commune n'étaient responsables financièrement d'un éventuel déficit d'exploitation de l'hôpital, sauf que, de par la loi et le règlement, un établissement public de santé devait être toujours à l'équilibre, comme du reste toutes les administrations publiques.

L'équipe de direction

Le directeur de l'hôpital public, nommé par le ministère de la Santé avec l'approbation du conseil d'administration, conduit la politique décidée par ce conseil et approuvée par la tutelle publique. Il est assisté de deux instances électives consultatives :

- la commission médicale d'établissement (CME), dont les membres sont des médecins élus ; il s'agit en quelque sorte du parlement médical local ;
- le comité technique paritaire (CTP), représentant le personnel non médical de l'établissement.

Bien que ces instances électives ne soient pas délibératives, mais seulement consultatives, aucun directeur d'hôpital ne va se mettre en opposition systématique avec son corps médical, sauf cas de crise grave. Les médecins ont donc une réelle influence sur la stratégie de l'établissement.

L'organisation des services

Les services ont une assez grande autonomie quant à l'orientation des pratiques médicales, car les médecins hospitaliers qui y travaillent ont le statut de médecin professionnel, ce qui leur garantit une autonomie de décision dans l'utilisation des ressources pour soigner les patients. Évidemment, ils dépendent du directeur pour l'obtention de ces ressources, notamment en personnel.

Quel modèle de gouvernance ?

Cependant, selon le modèle de gouvernance en vigueur, l'autonomie est toute relative puisque dans ce cadre très réglementé, le pouvoir essentiel du président de conseil d'administration est sa capacité à utiliser son poids politique auprès du ministre de la Santé, du Premier ministre, voire du président de la République, pour qu'ils forcent la tutelle publique à allouer des ressources qu'éventuellement il n'aurait pas dans le cadre du fonctionnement habituel. En effet, en France, la tutelle d'État, et notamment la direction des hôpitaux et la direction générale de l'organisation des soins, est une tutelle bienveillante : elle s'assure évidemment que les établissements publics se comportent bien, mais fait en sorte qu'ils aient de façon

pérenne une activité et des moyens. En ce sens, elle est aussi leur avocat, par exemple auprès du ministère du Budget. C'est pourquoi la contrainte budgétaire a été relativement molle jusqu'à ces dernières années.

Le directeur

Le directeur est un fonctionnaire de la fonction publique hospitalière. Ayant généralement fait Sciences-Po, donc ayant déjà acquis une culture juridique et administrative, il a appris son métier de directeur d'hôpital à l'ENSP (École nationale de la santé publique, devenue l'École des hautes études de la santé publique). Il joue son rôle de management dans un rapport de forces entre les médecins, le pouvoir politique représenté par le conseil d'administration, et la tutelle publique. En fonction de sa personnalité et du contexte local, soit il va se comporter comme un relais direct des contraintes imposées par la tutelle publique, ce qui ne le rendra pas très populaire s'il n'y a pas de crise majeure, soit il va rentrer dans un système d'alliances avec la coalition dominante des médecins pour promouvoir le développement de son hôpital, ce qui le conduira souvent à rechercher une alliance forte avec l' élu local. Il arrive parfois qu'il mène une véritable carrière politique locale, peut-être pour le grand bien de l'hôpital, mais indépendamment de l'avis des médecins. Il arrive que le directeur soit totalement impuissant, parce que pris au piège des conflits entre les autres acteurs. Quoi qu'il en soit, son activité est évaluée par le ministère de la Santé.

Les médecins

Les médecins hospitaliers ne sont pas là par hasard. Ils sont très motivés par le service public et leur intégration dans une structure organisée collective. Ce qui les passionne, c'est d'appliquer des techniques qu'ils ont apprises pour soigner des patients, et du coup ils s'intéressent fortement aux innovations thérapeutiques et diagnostiques, et donc aux investissements concernant leur outil de travail. Bien sûr, ils apprécient le prestige social de la fonction de médecin hospitalier et de chef de service, mais le fait d'avoir beaucoup de patients est leur véritable indicateur de succès.

D'une certaine façon, le déficit budgétaire est la marque que le service public ne se situe pas a priori dans une logique de limitation de l'utilisation des ressources : l'équipe soignante fait le maximum pour les patients, sans rationner les soins. C'est pourquoi, lorsqu'il est question de retour à l'équilibre des établissements hospitaliers, nombre de médecins ne comprennent pas que l'on contraigne l'utilisation des ressources et que l'on conteste qu'ils aient "trop dépensé". L'idée que la santé n'a pas de prix, même si elle a un coût, reste très fortement ancrée dans la culture des soignants. Ils ont aussi le sentiment que ne pas limiter les soins apportés aux patients est une mission du service public, même si dans la réalité les ressources ne sont pas illimitées. Par ailleurs, la carrière d'un médecin hospitalier universitaire tient à ses publications scientifiques, et particulièrement celles qui concernent des innovations thérapeutiques et/ou technologiques évidemment coûteuses.

L'importance du mode de financement

Dans ce contexte-là, il est évident que le mode de financement de l'hôpital public a une importance stratégique en matière d'allocation de ressources. En simplifiant, on peut dire que, ces 40 dernières années, l'hôpital public a été financé sur ce que les économistes appellent une base rétrospective, ce qui veut dire que les dépenses des hôpitaux sont finalement couvertes. Mais ce n'est pas tout à fait vrai parce que, durant cette période, on a cherché à entrer progressivement dans une base prospective en essayant de limiter a priori les dépenses hospitalières et l'allocation des ressources, charge à l'hôpital de se débrouiller avec.

Le résultat est que presque la moitié des établissements publics sont plus ou moins en déficit, ce déficit étant très concentré sur certains établissements, notamment ceux de l'AP-HP. En fait ce n'est pas une fatalité d'être en déficit puisque de nombreux hôpitaux publics sont à l'équilibre. Mais la tutelle a été assez complice de ces déficits au cours du temps. En effet,

chaque année le ministère de la Santé doit faire face à des demandes nouvelles liées à l'évolution de la morbidité, à des épidémies ou à des problèmes particuliers de gestion des risques, autant d'actions nationales qui doivent être assurées par les établissements, mais qui sont rarement abondées en termes de moyens. Cela conduit à cet accord tacite sur la possibilité de déficit, car si les hôpitaux sont soi-disant autonomes, ils sont d'une certaine façon les services extérieurs du ministère de la Santé, lequel éprouve beaucoup de difficultés à rester ferme sur les équilibres budgétaires alors qu'il confie en permanence de nouvelles missions aux établissements hospitaliers publics.

Un budget global

En 1984, chaque établissement hospitalier public avait été doté d'un budget global annuel à ne pas dépasser. Ensuite le ministère du Budget a réajusté chaque année la masse budgétaire dédiée aux établissements publics de santé selon un taux directeur national ensuite décliné au niveau régional, mais sans remettre en cause les bases budgétaires des établissements telles qu'elles avaient été définies en 1984. Les établissements mal dotés au départ sont donc restés mal dotés, les riches sont restés relativement riches, une situation d'inégalité qui a généré des effets pervers de plus en plus importants au fil du temps. Par exemple, ce principe de budget global pouvait inciter un directeur d'établissement mal doté à ne prendre en charge que le nombre de patients qu'il pouvait soigner avec l'argent disponible et à ne surtout pas développer son activité, ce qui va complètement à l'encontre d'une logique de service public et d'une logique médicale. Mais s'il la développait quand même, il était sûr de se mettre en déficit, puisqu'il générait des dépenses supplémentaires qu'il ne pouvait financer qu'en réalisant en parallèle des gains de productivité correspondants, ce qui est évidemment plus facile à faire quand on est bien doté que dans le cas contraire.

Le budget global a toutefois incité les établissements à faire des économies. Ils ont sous-traité des fonctions non essentielles aux soins comme la blanchisserie, la restauration, la gestion d'infrastructures techniques, etc., tout en faisant face à une croissance rapide des effectifs médicaux et des dépenses médicales liées au développement de l'activité et à l'arrivée sur le marché d'innovations techniques indispensables. Il y avait des contraintes budgétaires ressenties et perçues, mais elles étaient amorties au quotidien par le fait qu'être finalement en déficit pouvait être la marque d'un bon gestionnaire capable de concilier la contrainte budgétaire et l'émergence de besoins nouveaux.

La rationalisation en marche

En 1982, Jean de Kervasdoué, directeur des hôpitaux, revenait des États-Unis avec dans sa besace un système permettant de mesurer la production hospitalière et donc de comparer les hôpitaux les uns par rapport aux autres. Selon le principe qu'à activités identiques, moyens identiques, il pensait que l'on allait pouvoir enfin corriger les inégalités budgétaires, car, avec ses écarts de dotation allant de 1 à 3, le budget global lui était insupportable.

L'équipe américaine du professeur Fetter qui a développé ce système, appelé en France PMSI (programme de médicalisation des systèmes d'information), a utilisé des méthodes statistiques pour identifier des groupes homogènes de malades (GHM), composés de patients présentant des problèmes de santé relativement semblables et ayant besoin du même type de traitement, donc des mêmes ressources. L'archétype du GHM est l'appendicite qui, hormis les cas graves, est une intervention très standardisée, de sorte que, sauf exception, elle ne doit pas coûter plus cher à Carpentras qu'à Amiens.

Ce système, progressivement introduit dans les établissements hospitaliers, a été tardivement utilisé comme outil de financement. Ce n'est qu'en 1996 qu'il a été décidé de moduler les allocations budgétaires en fonction de l'activité réelle des établissements. Une grande enquête de comptabilité analytique hospitalière a d'abord été lancée pour calculer les coûts moyens de traitement des GHM. Pour pouvoir mesurer la productivité relative de chaque GHM en

fonction des coûts observés dans les différents établissements, une échelle de coefficients techniques de production, appelés indices synthétiques d'activité (ISA), a été créée. L'accouchement par voie basse sans complication, dont la prise en charge est la plus fréquente en France, et pour lequel la technologie évoluera peu, a été choisi comme GHM de référence, avec une attribution de 1 000 points ISA.

Supposons qu'un hôpital prenne en charge 100 séjours pour une greffe cardiaque avec 20 000 points ISA, et 1 000 séjours pour un accouchement avec 1 000 points. L'ensemble de ces séjours représente 3 millions de points ISA. En divisant le budget annuel de l'hôpital par le nombre de points ISA qu'il avait totalisé, on obtenait le coût moyen annuel du point ISA de cet hôpital, donc l'expression de sa productivité. Il était évidemment possible de calculer le coût moyen du point ISA au niveau régional ou national, ce qui permettait de situer chaque établissement par rapport à ces moyennes. Le coût du point ISA devenait dès lors l'indicateur de référence pour moduler, au niveau régional, les dotations budgétaires entre les établissements. Mais quand le taux directeur fixé au niveau national était de 2 %, l'augmentation résultante au niveau régional pouvait se situer entre 0,25 et 0,50 %. C'étaient certes des miettes, mais au moins on mettait en place une incitation à la productivité !

En fait, ce système a créé une illusion monétaire dont les principales victimes ont été les médecins, car les directeurs leur ont demandé de prendre plus de patients en charge pour obtenir une augmentation de la dotation budgétaire. Des hôpitaux ont foncé autant qu'ils le pouvaient. Mais l'année suivante, alors que les médecins ont demandé quels étaient les bénéfices de la croissance, leur directeur leur a annoncé qu'il n'y en avait pas, et qu'il faudrait faire encore plus d'efforts que l'année passée. Vous imaginez le climat !

Il était pourtant vrai qu'en produisant plus de points ISA à ressources constantes, le coût du point ISA devait baisser et la dotation budgétaire était susceptible d'augmenter, mais à l'époque, les directeurs étaient incapables de dire si en produisant plus ils gagneraient ou non de l'argent l'année suivante, car ils n'étaient pas encore en mesure de situer leur hôpital par rapport à un coût moyen du point ISA, ce dernier n'étant pas encore déterminé. Par ailleurs, plus ils produisaient, plus ils creusaient leur déficit et il est évident que les miettes éventuellement récupérées étaient disproportionnées par rapport à ce qu'ils avaient dépensé en plus. On a demandé aux médecins de se donner à fond pour dégager des ressources supplémentaires, mais le résultat n'était pas au rendez-vous, ce qui a sans doute marqué le début de la crise.

Finalement, en 2004, on est sorti du budget global avec un budget totalement assis sur l'activité hospitalière : les recettes étant basées sur une tarification nationale "à l'activité", plus l'hôpital est actif, plus son budget est élevé. Ainsi, on est aussi sorti du piège du point ISA. Si l'on est trop cher par rapport au tarif, cela pose évidemment problème, mais dans le cas contraire, il est possible de dégager un excédent ou d'arriver à l'équilibre.

Cette progression dans la rationalité du système de financement va cependant s'inscrire parallèlement dans une montée en puissance de l'encadrement des dépenses hospitalières.

La réforme de la gouvernance

Les pôles

En 2005, une première réforme concernait notamment l'obligation pour les établissements hospitaliers publics de se réorganiser en interne sous forme de pôles, c'est-à-dire de regroupements de services, avec un patron responsable de pôle nommé par le directeur, et devant s'engager sur des objectifs avec des moyens négociés dans le cadre d'une contractualisation interne.

Dans cette réforme de pôles, plusieurs logiques pouvaient plaider pour la constitution de regroupements de services :

- une logique d'effet d'échelle, par mutualisation de moyens en termes de personnel et de capacité en lits ;
- une logique d'encouragement de la coordination entre services complémentaires, par exemple, lorsqu'il s'agit de traiter le système digestif, en formalisant un minimum de coordination entre les services de chirurgie et les services de médecine, afin de gérer de façon plus optimale les *process* de soins et de prise en charge des patients ;
- une logique de transfert de la responsabilité des équilibres financiers sur les équipes médicales, car il est beaucoup plus confortable pour un directeur d'hôpital de manager 6 responsables de pôles plutôt que 50 chefs de service.

Les directeurs de ces pôles étant en quelque sorte des sous-directeurs de l'hôpital, cela faisait miroiter aux médecins qu'ils allaient avoir des marges de manœuvre, de vraies délégations de gestion, un intéressement aux bénéficiaires, un espace de liberté.

La loi HPST

C'est en 2009 que la loi HPST (Hôpital, patient, santé, territoire) a été votée, marquant les dernières réformes de l'hôpital public, notamment la création des ARS (Agence régionale de santé) dont le mandat est de réaliser au niveau régional ce que l'on ne savait pas faire au niveau national, à savoir une collaboration et une efficace coordination entre les services de l'État et de l'Assurance maladie, avec une approche très globale du secteur national et du secteur médicosocial.

Ces ARS ont effectivement un pouvoir, une responsabilité et un périmètre d'action très importants au niveau régional. Tout cela est géré par un comité national de pilotage où l'État et l'Assurance maladie sont représentés. Nommé par le ministère de la Santé et par le Premier ministre, le directeur général d'une ARS rapporte directement au ministère de la Santé.

Dans le même temps, les établissements hospitaliers publics sont passés d'un statut avec conseil d'administration à un statut avec directoire et conseil de surveillance, ce qui n'est pas neutre : d'une part, on a dépossédé le conseil d'administration de ses pouvoirs réglementaires et législatifs habituels, et les élus locaux de leur présidence symbolique des conseils d'administration, puisqu'aujourd'hui le président du conseil de surveillance n'est plus obligatoirement un élu local ; d'autre part on a créé un directoire dont les membres les plus importants sont le directeur de l'hôpital lui-même qui en est président – on a donc créé des PDG à l'hôpital –, et son directeur adjoint qui est président du CME (comité médical de l'établissement). Ces changements entraînent des conséquences notables :

- le tampon que constituait le conseil d'administration entre l'hôpital et la tutelle a sauté par la baisse du pouvoir et de l'implication de l'élu local dans le conseil de surveillance ;
- la communauté médicale, par le biais de la nomination du président du CME comme directeur adjoint, est finalement impliquée directement dans la gestion de l'hôpital, ce qui change complètement la dynamique et les rapports de force entre ses différents acteurs.

Le directeur général de l'ARS est directement concerné dans la nomination des directeurs des hôpitaux et surtout il peut les révoquer. On a donc aussi renforcé le contrôle hiérarchique de la tutelle publique sur les établissements hospitaliers, avec un corps médical associé à la direction de l'hôpital, ce qui le met en position tout à fait différente par rapport à l'ancien système.

Tout cela s'est mis en place dans un contexte où tous les établissements publics ont reçu l'injonction de revenir à l'équilibre en 2012, et particulièrement en ce qui concerne les dépenses de santé : il faut donc diminuer l'activité hospitalière. Beaucoup trop de gens vont à l'hôpital pour des soins qui pourraient être assurés en ville. C'est pourquoi on réduit les capacités d'accueil, on rationne l'activité en volume par le biais des mécanismes d'octroi

d'activités ainsi que de contrats d'objectifs et de moyens ensuite déclinés au niveau des pôles des unités. Enfin, l'injonction est également très forte de regrouper des établissements hospitaliers.

Les médecins là-dedans ?

L'identité des médecins et des équipes soignantes vole en éclats sous le coup d'injonctions paradoxales. On leur dit que le système mis en place les rémunère en fonction de ce qu'ils font, tout en précisant qu'il ne faut pas appuyer sur la pédale de l'accélérateur, mais sur celle du frein.

Dans le système ancien, il y avait des équilibres de pouvoir. Les médecins ayant une autonomie professionnelle et une vraie responsabilité en tant que chefs de service étaient certes statutairement sous la responsabilité hiérarchique de l'hôpital mais, d'une certaine façon, ils avaient réussi à préserver une sphère de responsabilité professionnelle. Le fait de nommer le président du CME comme directeur adjoint implique beaucoup plus directement qu'auparavant les médecins dans la gestion hospitalière. On donne aussi un rôle de manager au responsable de pôle, mais du fait de la contrainte budgétaire, les contrats de pôles ne sont pas toujours respectés, et tout ce qui avait été promis aux médecins n'est pas forcément donné.

Du coup, savoir qui choisir comme responsable de pôle est un vrai problème. Historiquement, un chef de service tient sa légitimité avant tout de sa compétence technique et assez secondairement de la capacité qu'il a montrée à gérer et diriger des équipes. Mais, même s'il est respecté par ses pairs sur la base de ses compétences cliniques et scientifiques supérieures, un chef de service a beaucoup de mal à établir une relation d'autorité avec ses pairs, parce que, dans le milieu médical, il y a une forte culture de la collégialité professionnelle. Or, avec cette réforme, on demande aux responsables de pôle d'être les chefs de leurs médecins. Puisque l'on veut en faire des managers, il faudrait en toute logique nommer des gens ayant une appétence et des compétences pour la gestion, l'animation des équipes et l'organisation, et pas nécessairement en fonction de leurs compétences médicales. Mais pour être responsable de pôle, la légitimité médicale reste incontournable.

Alors deux cas sont possibles :

- on nomme celui qui paraît le plus respectable et qui par ailleurs a le meilleur pouvoir d'influence auprès de la direction, et ce sera sur la base de sa compétence médicale ; dans ce cas-là ce n'est pas trop mal, mais on ne lui donnera pas forcément les moyens d'acquérir une compétence managériale ;
- soit un médecin va finalement se sacrifier en disant : « *OK je veux bien jouer le responsable de pôle et on verra bien* », mais du coup son rôle en tant que tel est complètement dévalorisé aux yeux de ses collègues.

On vend aux médecins une réforme en leur disant qu'ils vont pouvoir développer des stratégies nouvelles, avec des outils de gestion partiellement inadaptés, et dans un contexte de renforcement du contrôle hiérarchique descendant de la tutelle publique sur les établissements et donc sur les services médicaux. Voilà, pourquoi les médecins ont le blues.

DÉBAT

Des conflits du sacré

Un intervenant : *Ce système de santé est absolument impossible à gérer sereinement. On est en effet en présence d'un combat des dieux, car il y a du sacré partout, notamment la vie et la souffrance, la compétence et l'indépendance du corps médical, le gaspillage et le mythe de l'optimum rationnel. Tout cela ne peut fonctionner que par crises, malaises, conflits, affrontements, mais s'avère très intelligent au niveau du bricolage, ce qui permet d'éviter à tout instant les vrais désastres.*

Gérard de Pourville : On pourrait ajouter un autre sacré : celui des échéances politiques qui, ces dernières années, ont provoqué des accélérations brutales sous la pression budgétaire. Quant à la recherche d'un optimum rationnel, vous avez tout à fait raison. Par exemple, la classification des GHM ne sera jamais satisfaisante : depuis 2004, elle a changé 6 fois en 6 ans.

La tutelle

Int. : *La tutelle est-elle vraiment unifiée ? J'ai l'impression que tout le monde commande : le ministère de la Santé, le maire, l'Assurance maladie, etc.*

G. de P. : Il n'y a qu'une seule tutelle, celle de l'administration étatique qui agit selon une ligne hiérarchique descendante. Évidemment, les élus locaux jouent un rôle important, de même que des associations de patients, mais en termes de tutelle relative à l'application de la réglementation, c'est unifié. Il est vrai cependant que l'Assurance maladie est un payeur indépendant qui exerce un contrôle administratif sur l'hôpital, mais pas une tutelle au sens propre du terme.

Un clivage entre expertise et administration

Int. : *À l'occasion de mes recherches sur l'argent des universités, j'ai observé que les enseignants, détenteurs de l'expertise technique, se rebellaient contre l'évolution des systèmes dans lesquels ils travaillaient, n'acceptant pas que l'université soit pilotée par l'administratif. En comparant l'université et l'hôpital, ces deux mondes où l'expertise domine, il serait sans doute plus judicieux que le directeur de l'hôpital soit issu du corps médical.*

G. de P. : Je ne crois absolument pas que tout irait mieux si les directeurs d'hôpitaux étaient médecins. Que certains médecins excellent dans ce poste me paraît évident, mais ce n'est pas lié à leur expertise médicale. Ils sont d'excellents directeurs, bien que médecins.

Int. : *En discutant avec des médecins, j'ai ressenti la très grande difficulté qu'ils éprouvent à trouver des terrains d'entente avec les administratifs, contrairement à ce qui se passe entre les différents acteurs des entreprises industrielles.*

G. de P. : Un hôpital est au service de la communauté, et le président de son conseil d'administration doit en être un représentant. Quant à son directeur, il doit être un professionnel du management, peu importe sa formation. Il y a des hôpitaux où finalement les choses se passent bien, parce que leurs directeurs savent résoudre les conflits par le dialogue, éventuellement l'affrontement, en essayant de trouver des compromis.

D'autres observations

Int. : *Après avoir mené une recherche sur l'introduction des pôles et leurs comptes de résultats, je propose quelques éléments complémentaires d'analyse.*

Nous avons bien rencontré une bonne volonté, mais aussi des positions favorables ou opposées sans aucune compréhension de ce qui se passait. Par exemple, sur la notion de déficit, nous avons entendu tout et n'importe quoi. On est dans un monde de croyances.

La confusion entre l'autonomie professionnelle et l'autonomie gestionnaire mériterait d'être creusée. Les médecins ont été favorables à ce qu'on leur donne plus d'autonomie professionnelle, mais si on leur donnait réellement une autonomie gestionnaire, seraient-ils vraiment prêts à l'accepter ?

Un changement d'identité est quelque chose de culturellement long. Or, il y a un évident problème de temporalité dans les réformes.

Enfin, pour revenir sur le rôle des outils, il y a un déficit d'étude de ce qui se passe au niveau micro.

G. de P. : Merci pour ces observations auxquelles j'adhère complètement.

Les parcours de soins

Int. : *L'hôpital devant diminuer son activité, cela va avoir des effets sur le reste du système de santé. Puisque, selon la loi HPST, le directeur de l'ARS est le patron des hôpitaux de sa région, mais aussi celui du médicosocial local, c'est sans doute une opportunité pour les médecins d'être davantage responsables du parcours de soins de leurs patients.*

G. de P. : Selon Bob Evans, un économiste de la santé canadien, l'organisation des systèmes de santé requiert une forte intégration, mais elle est impossible à régler complètement. Certes, il y a des systèmes hiérarchiques de santé publique intégrés, mais on leur reproche généralement de ne plus présenter de réactivité par rapport aux besoins de la population, car dans la prise en charge des patients il subsiste une tension permanente entre l'intégration et l'efficacité. Ainsi la tarification à l'activité est un système qui incite l'hôpital à s'optimiser lui-même, mais pas du tout à bien gérer le parcours des patients. Il y a donc des contradictions majeures entre le système qui a été mis en place et ce que l'on souhaiterait vraiment promouvoir. D'autres pays ont tenté de créer de vrais intégrateurs, mais en France, l'ARS s'adresse à des acteurs économiquement hétérogènes : c'est en réalité un faux intégrateur.

Réaction d'un chirurgien chef de pôle

Int. : *Je suis depuis cinq ans chirurgien chef de pôle au CHU (centre hospitalier universitaire) du Mans. Mon pôle, qui emploie 500 personnes, est déficitaire de 5 millions d'euros pour un budget de 45 millions, mais ce déficit a été réduit d'un million en un an. Je n'assume pas moi-même la gestion de mon pôle – je l'ai déléguée à des collaborateurs –, mais je ne suis pas du tout contre le fait de devoir en être responsable.*

Concernant ce que vous avez dit sur la communauté médicale, il y a un problème de diagnostic de base. Vous parliez tout à l'heure du PMSI. Mais qui est allé regarder le catalogue des maladies ? Je ne peux utiliser que 5 à 10 items correspondant à ma spécialité de chirurgien vasculaire, alors qu'il y en a 300 pour le traitement de survivants d'un crash d'hélicoptère ! Alors, baser tout un système économique sur une échelle qui ne dit pas tout, c'est comme demander à des militaires de faire la guerre avec des cartes inexistantes.

En tant que chef de pôle, je devrais faire de la chirurgie ambulatoire et faire sortir mes patients le plus tôt possible. C'est mon principal problème, parce qu'il n'y a aucune structure pour les recevoir. Même les médecins généralistes ne savent pas que nous avons à l'extérieur de l'hôpital des malades nécessitant un suivi. On attend évidemment que l'ARS règle ce problème.

On nous dit que nous sommes trop chers, par exemple de 26 % en infirmiers. En envisageant des solutions, nous nous sommes très vite heurtés à un mur : notre bloc opératoire est totalement obsolète, mais avec la tarification à l'activité nous n'avons plus de

capacité d'autofinancement ! En recrutant un troisième chirurgien vasculaire, il a fallu que je promette de ne jamais augmenter l'activité. Cela dit, elle l'a été de 30 % quelque temps plus tard. Vous comprenez notre malaise !

Le mandarinat a déjà représenté un réel contre-pouvoir médical en France. Ce n'est plus le cas maintenant, mais la mise en place dans l'hôpital de très grands ensembles présente quand même un risque de mandarinat, car les équipes suivent les médecins. On l'a déjà vécu avec les anesthésistes et avec les urgentistes. Maintenant on risque de le revivre avec les pôles.

Int. (directeur du CHU du Mans) : *Nous sommes un des hôpitaux les plus endettés de France, donc un certain nombre de pôles le sont également, car nos indicateurs de gestion nous permettent de produire tous les ans des comptes de résultats analytiques.*

G. de P. : Je suis complètement d'accord. Je précise cependant que le PMSI n'est qu'un système tarifaire qui ne va pas forcément vous aider à définir votre stratégie d'établissement, celle-ci ne pouvant l'être que selon les termes de votre pratique médicale. C'est pourquoi j'encourage les chefs de pôles à décrire leur activité médicale et à la traduire ensuite en GHM.

Réaction d'un chef de pôle médicotechnique

Int. : *Je suis chef de pôle, vice-présidente de CME et surtout biologiste. Vous avez beaucoup parlé des médecins cliniciens. Mais il y a une autre culture parmi les médecins et les pharmaciens, celle de la biologie. Depuis des années, nous disposons d'un référentiel de coûts qui nous permet de nous positionner par rapport aux autres hôpitaux : en termes de gestion, c'est notre différence avec les cliniciens. On ne met en place une analyse que si elle est rentable, c'est-à-dire qu'à qualité égale, elle revient moins cher que si nous la transmettons à l'extérieur.*

G. de P. : Effectivement les pôles médicotechniques ne posent pas exactement les mêmes problèmes, car ils ont pu optimiser la production des analyses ou de l'imagerie dans beaucoup d'établissements. Sans connotation péjorative, il s'agit là de processus industriels.

Int. : *Tout à fait d'accord avec ces termes qui n'ont rien de péjoratif.*

Réaction d'un directeur de CHU

Int. (directeur du CHU du Mans) : *Cette dernière remarque révèle l'évolution culturelle d'un certain nombre de médecins qui, il y a 20 ans, auraient moins bien accepté ces termes de "processus industriels". Les chefs de pôles sont donc effectivement entrés dans une culture gestionnaire, avec évidemment les césures qui pourraient subsister avec des membres de leur équipe. Mais si des oppositions fortes existent effectivement entre des médecins et la direction, elles ne se rencontrent pas dans tous les hôpitaux. En revanche, le fait de déplacer constamment les lignes, de revoir les règles du jeu et de changer les tarifs, génère une instabilité vécue comme un problème majeur, et donc une ligne de fracture qui contribue sans doute à un certain blues.*

G. de P. : Dans les études que j'ai menées, les médecins dans leur ensemble m'ont semblé plutôt coopératifs, mais dans un monde qu'ils ne s'étaient pas bien approprié, et avec le doute de s'être fait avoir, car ils ne voyaient pas vraiment les fruits de leur investissement. Il y a certes des oppositions, mais aussi plein d'exemples d'hôpitaux où cela ne se passe pas mal.

Les différences de l'AP-HP

Int. : *Hormis le fait que l'AP-HP est particulièrement endettée, en quoi est-elle différente ?*

G. de P. : La différence vient de la taille de l'institution, des enjeux politiques qu'elle représente et de la présence d'une superstructure administrative. L'AP-HP est une région

hospitalière à elle toute seule, avec une très forte régulation centralisée de l'ensemble de ses établissements. Ses enjeux économiques sont aussi très différents et son endettement massif.

Tout ce que j'ai décrit d'une façon un peu caricaturale pour les autres établissements, se vérifie d'une façon paroxysmale à l'Assistance publique. L'administration des hôpitaux de l'Assistance publique demande aux équipes médicales des efforts de productivité majeurs, les médecins se mettent en quatre pour changer leurs modes d'organisation, augmentent leur activité, et se retrouvent l'année suivante avec un énorme déficit qui conduit à la suppression de postes. Donc il y a encore plus de blues à L'AP-HP.

Int. (CHU Necker Enfants-malades) : *Praticien hospitalier, j'ai créé l'équipe mobile douleur-soins palliatifs pédiatriques de l'hôpital Necker, à Paris. C'est effectivement paroxysmal à l'AP-HP. Un médecin de l'AP-HP a sans doute perdu bon nombre de ses croyances. Par exemple, quand il a été recruté par cette noble institution, ses contacts avec les structures d'aval se situaient essentiellement au niveau de l'enseignement et de la formation ; il les assimilait à des sous-traitants, et non à des partenaires. Il doit à présent collaborer étroitement avec ces acteurs différents dans leur mode d'exercice mais indispensables au parcours de soin et veiller à l'efficacité de son hôpital. Le médecin hospitalier de base a compris la nécessité de ce changement et perçu qu'il serait chronophage. Cette mutation supplémentaire l'effraie.*

Ensuite, tout le personnel non médical est passé aux 35 heures, mais pas lui. Quand son chef de pôle est nommé, il s'interroge sur son rôle, sa légitimité managériale.

Il est disposé à accroître son activité mais conscient qu'à l'AP-HP, la progression de carrière est conditionnée par les publications, les travaux de recherche et l'activité clinique dans un domaine innovant. Un tel décalage crée évidemment une faille dans la mise en place du nouveau système où l'organisation et la maîtrise des coûts prédominent.

Patients et familles s'informent de plus en plus sur le web par l'intermédiaire de nombreux sites pas toujours encadrés scientifiquement ; ils exigent de plus en plus d'informations. Cette attitude légitime est très consommatrice de temps pour le médecin ; ce dernier se sent parfois ébranlé dans sa crédibilité.

C'est ainsi que le médecin de l'AP-HP a perdu bon nombre de ses croyances et qu'il ne s'y retrouve plus. De surcroît, plus personne ne lui parle de sa valeur ajoutée, il est en souffrance. Il parviendra à se remotiver si on lui explique où il se situe à présent dans cette nouvelle chaîne de valeur.

Présentation de l'orateur :

Gérard de Pourville : est diplômé de l'École polytechnique et docteur en économie et administration des entreprises ; il a commencé sa carrière de chercheur en 1973, au sein du Centre de recherche en gestion de l'École polytechnique ; il est un spécialiste du secteur de la santé ; au cours de sa carrière, il a réalisé des travaux sur les thèmes suivants : l'analyse comparative des systèmes de santé, l'évaluation des politiques publiques de santé, le financement des services de santé, le développement des systèmes d'information en santé, l'évaluation économique des actions de santé.

Diffusion septembre 2010