

Le nouveau management public à l'hôpital L'avis d'un directeur d'hôpital

Depuis une dizaine d'années, l'hôpital public doit composer avec une vague de réformes successives. Toutes ont pour objectif de réorganiser les services afin de réduire les coûts de fonctionnement. Le directeur de l'hôpital de Provins, s'il comprend le bien fondé de ces réformes : réduire les dépenses pour garantir l'accès aux soins pour tous, raconte aussi les difficultés à faire des choix dictés par des impératifs budgétaires sur lesquels il n'a pas la main.

Maxime Morin dirige l'hôpital de Provins. Il est aussi engagé au Syncass (Syndicat des cadres du sanitaire et du social) CFDT.

Pouvez-vous nous décrire votre parcours professionnel et l'hôpital que vous dirigez ?

Je suis sorti diplômé de l'Ecole des hautes études en santé publique (qui s'appelait à l'époque Ecole nationale de la santé publique) en 1994. J'ai d'abord travaillé au siège de l'Assistance Publique des Hôpitaux de Paris (AP-HP) en occupant une fonction de financier. Je suis ensuite devenu directeur adjoint de l'hôpital Ambroise Paré à Boulogne puis directeur des ressources humaines de l'hôpital de Mâcon. Je travaille à Provins depuis 2007. C'est donc mon premier poste de chef d'établissement.

L'hôpital de Provins est un établissement de taille moyenne, typique des postes de début de carrière. Notre hôpital couvre un bassin de population de 100 000 habitants. Il a des caractéristiques assez différentes de la plu-

part des établissements d'Ile de France car il se situe dans une zone rurale et périphérique : 20 à 25% des patients viennent de l'Aube. Outre les personnes qui travaillent à Paris ou vivent du tourisme (Provins est une ville médiévale inscrite au Patrimoine mondial de l'Unesco), la population environnante compte beaucoup d'agriculteurs et de personnes âgées.

Dans notre hôpital, il y a en tout 450 lits et places, et nous disposons de l'ensemble des disciplines courantes de court séjour, ainsi qu'un plateau technique de qualité : gynécologie, obstétrique, pédiatrie, néonatalogie, anesthésie-réanimation, gériatrie, chirurgie orthopédique et traumatologique, chirurgie viscérale et générale, urologie, gastro-entérologie, cardiologie, médecine interne, médecine polyvalente, accueil des urgences SMUR (service mobile d'urgence et de réanimation), imagerie médicale, bloc opératoire (6 salles), biologie et pharmacie. Pour les cas les plus lourds (neurochirurgie, AVC, cardiologie interventionnelle ou chirurgie cardiaque), nous organisons des transferts vers les hôpitaux universitaires parisiens ou les centres de référence de Seine et Marne.

Que pouvez-vous nous dire de la mise en œuvre du nouveau management public dans votre hôpital ?

Jusqu'en 2003, chaque hôpital était financé par une enveloppe annuelle (dit « budget global ») d'un montant fixe, augmentée d'une année sur l'autre d'un taux national de reconduction.

Beaucoup d'hospitaliers étaient d'accord pour dire que cette situation n'allait pas, car elle ne correspondait plus à la réalité des territoires. Certains hôpitaux recevaient de moins en moins de patients et obtenaient pourtant toujours les mêmes moyens. D'autres, dont les besoins avaient beaucoup augmenté, du fait par exemple du vieillissement de la population ou d'une évolution démographique significative, rencontraient de réels problèmes de fonctionnement et devaient demander un financement supplémentaire pour ouvrir de nouveaux lits. Cette struc-

turation du financement de l'hôpital datait de 1983, et de nombreux hospitaliers la trouvaient sclérosante.

La réforme de 2002 dite « Hôpital 2007 », orchestrée par Jean-François Mattéi, alors ministre de la santé, change la donne. Elle introduit une mise en place progressive d'une « tarification à l'activité » (T2A), nouveau

socle du financement des hôpitaux. Dans son principe, cette réforme a été perçue très positivement. Depuis cette date, chaque établissement perçoit mensuellement une enveloppe de l'Assurance Maladie qui dépend du nombre de séjours d'hospitalisation et d'activités

externes (consultations, actes d'imagerie, etc....) réalisés pendant la période. Cette réforme, qui se situe dans la lignée du nouveau management public, puisqu'elle avait dès son origine pour objectif de maîtriser les coûts en procédant à des réorganisations et de favoriser les hôpitaux les plus productifs, a donc été plutôt bien reçue.

Cette réforme, qui se situe dans la lignée du nouveau management public, puisqu'elle avait dès son origine pour objectif de maîtriser les coûts en procédant à des réorganisations et de favoriser les hôpitaux les plus productifs, a donc été plutôt bien reçue.

Le problème, c'est que les comptes sociaux n'ont cessé de se dégrader depuis 2003, ce qui a entraîné un contrôle accru de l'Assurance Maladie et une réduction progressive de l'enveloppe octroyée aux soins par le Parlement (appelée Objectif National des Dépenses d'Assurance Maladie). La consommation médicale globale s'élève à 11,2% du PIB dans notre pays. Et du fait de la chronicisation des pathologies et des innovations thérapeutiques, les dépenses hospitalières augmentent mécaniquement de 2 à 3% par an à l'hôpital. Ce qui conduit, année après année, à un resserrement du financement dévolu à chaque activité.

Pour le dire autrement, comme la politique tarifaire baisse chaque année, pour le même volume d'activités, nous avons moins d'argent pour fonctionner. Alors que nous gardons bien sûr les mêmes impondérables : la masse salariale et les évolutions de carrière, la hausse des prix de l'énergie, etc....

Il nous faut donc faire des choix chaque année plus délicats. Et comme cette politique de réduction des coûts

n'est pas clairement affichée par l'Etat (lors de la mise en place de la Révision Générale des Politiques Publiques en 2007, Roselyne Bachelot avait explicitement dit que la fonction publique hospitalière n'était pas concernée par le non remplacement d'un fonctionnaire sur deux), c'est aux directeurs d'hôpital de chercher à faire des économies.

Or, dans un secteur où les charges de personnel représentent 70% des budgets, la variable d'ajustement touche en premier lieu l'emploi.

Concrètement, à l'hôpital de Provins, j'articule tous les ans des plans d'économies et de réorganisation des services. Nous avons par exemple décidé d'externaliser le service de blanchisserie de l'hôpital qui employait une quinzaine de personnes au profit d'une blanchisserie industrielle qui traitera prochainement le linge de cinq hôpitaux de Seine et Marne. Pour le personnel concerné, nous avons mis en place une gestion sociale sur trois ans : non remplacement des départs en retraite dans ce service, reclassements dans d'autres services de l'hôpital, par exemple à l'accueil ou au standard pour ne pas avoir à supprimer d'emplois, recrutement restreint aux contractuels jusqu'à la date de fermeture, facilitation à l'embauche sur le nouveau site pour les agents de chacun des cinq hôpitaux le souhaitant.....

Toujours pour réduire les coûts, nous avons aussi procédé à l'externalisation du nettoyage des locaux, maintenant confié à une entreprise privée, et nous avons mis fin à la sous-traitance d'une partie des courriers médicaux.

Vous êtes un cadre de direction engagé au Syndicat des cadres du sanitaire et du social (Syncass) CFDT. Organiser toutes ces restructurations vous pose-t-il des problèmes éthiques ?

Je garde toujours en tête que ces restructurations ont un objectif louable : on essaie de sauver les hôpitaux publics, c'est-à-dire de faire en sorte que l'accès de tous aux soins soit assuré, y compris des plus démunis, et que leur liberté de choix soit en tout lieu et en toute circons-

tance garantie. Et j'ai bien conscience que pour atteindre cet objectif, il est indispensable de préserver l'équilibre budgétaire. Je suis convaincu d'ailleurs qu'il y a toujours des changements de pratiques et des avancées techniques grâce auxquels on peut faire des économies à l'hôpital.

Je ne suis pas non plus complètement hostile à l'emploi d'indicateurs dans les hôpitaux. Il s'agit seulement de savoir ce qu'on en fait vraiment. Nous avons besoin d'indicateurs pour savoir quels types de patients nous prenons en charge dans chaque hôpital. Cela nous a par exemple servi à montrer par le passé que nous avons besoin d'un IRM à Provins. Les indicateurs peuvent aussi être utiles s'ils servent à mieux organiser les services et à raccourcir les temps d'attente avant les rendez-vous, à motiver les équipes pour améliorer la qualité des prestations destinées aux usagers.

Je garde toujours en tête que ces restructurations ont un objectif louable : on essaie de sauver les hôpitaux publics, c'est-à-dire de faire en sorte que l'accès de tous aux soins soit assuré, y compris des plus démunis. Et j'ai bien conscience que pour atteindre cet objectif, il est indispensable de préserver l'équilibre budgétaire.

A Provins, les réorganisations ont touché tous les secteurs de l'hôpital. La réforme de 2002 dite « hôpital 2007 » nous avait conduits à réorganiser l'hôpital en six pôles financièrement responsables (pôles de médecine et des spécialités médicales, opératoire, mère-enfant, gériatrie-rééducation, psychiatrie et médico-technique) dans lesquels les chefs de service voyaient se réduire leur pouvoir au profit d'autres médecins, les chefs de pôle, qui voyaient leurs responsabilités augmenter.

La loi Bachelot de 2009 « Hôpital, Patients, Santé et Territoires » a entraîné un nouveau regroupement des services hospitaliers. A l'hôpital de Provins, nous fonctionnons maintenant avec trois pôles qui regroupent toutes les unités médicales : un pôle médico-technique, un pôle chirurgie et un pôle des médecines. Cette nouvelle organisation nous permet de réaliser de vrais gains budgétaires et de rendre le travail du personnel plus stimulant.

Par exemple, la chirurgie était découpée en services distincts par pathologie, entraînant un mélange des

prises en charges au détriment de l'efficacité. Il y avait des patients qui restaient plusieurs nuits à l'hôpital, alors qu'un séjour court, programmé à l'avance, avec une meilleure coordination des actes techniques, était envisageable et moins coûteux. Les infirmières découvraient les malades au jour le jour, accueillis sans ordre ni logique, un ambulatoire prévu de longue date avec une urgence de la veille par exemple.

Aujourd'hui, nous disposons d'une unité de jour (ouverte de 7 à 19 heures) et d'une unité de semaine (où les interventions sont planifiées et les lits regroupés en fonction des types de prises en charge). Cette nouvelle organisation a été facilitée par les progrès techniques et le dynamisme des équipes médicales : les arthroscopies ou l'opération du canal carpien par exemple se pratiquent maintenant « en routine » en hospitalisation de jour.

Cette réorganisation nous a permis de geler six emplois mais aussi de réduire le nombre de week-ends travaillés. Avant, les infirmières travaillaient un week-end sur deux, aujourd'hui, avec la moitié des lits qui ferment le vendredi soir, un week-end sur trois. Je pense donc que ces réformes peuvent aussi servir à améliorer le quotidien des agents.

Quelles sont vos relations avec les cadres de proximité de votre hôpital ?

Il y a ici entre 20 et 30 cadres de proximité. Il y a les cadres de santé : cadre infirmier, cadre manipulateur en radiologie, cadre de laboratoire, cadre kinésithérapeute. Pour chaque secteur, il y a un responsable médical et un responsable non médical. Il y a aussi les adjoints techniques : le responsable de la restauration par exemple. Mais aussi des ingénieurs, des responsables administratifs : le contrôleur de gestion, l'adjoint à la DRH, le responsable du service des admissions...

Parmi les mille agents qu'ils encadrent dans cet hôpital, 11% sont contractuels. Il y a une centaine de médecins. Ici, comme dans d'autres hôpitaux, le turn-over est de 5 à

10% par an. Nous n'avons pas cependant de problème particulier de recrutement. Il me semble que c'est plutôt une problématique que rencontrent les hôpitaux parisiens qui ont du mal à trouver des infirmiers ou des professionnels spécialisés, car les horaires d'après-midi sont peu prisés et les logements à proximité de ces hôpitaux souvent très chers. Parmi les médecins, nombre d'entre eux sont d'origine ou de formation étrangères en raison de la contrainte forte exercée sur le numéris clausus (nombre d'internes entrant en formation) depuis deux décennies. La France reste pour autant dotée d'une densité médicale globale, et dans de nombreuses spécialités, supérieure aux autres pays européens.

Pour revenir à votre question, je me rends bien compte que le travail des cadres de proximité n'est pas facile, car ce

sont eux qui doivent faire appliquer toutes les décisions, de réorganisation notamment, et eux aussi qui gèrent leur appropriation par les équipes, donc aussi les résistances au changement qu'elles génèrent. Mais j'ai aussi de plus en plus l'impression d'être dans la même position qu'eux. Moi non plus, je n'ai de marge de manœuvre ni budgétaire ni stratégique et je me

Le travail des cadres de proximité n'est pas facile, car ce sont eux qui doivent faire appliquer toutes les décisions, de réorganisation notamment, et eux aussi qui gèrent leur appropriation par les équipes, donc aussi les résistances au changement qu'elles génèrent. Mais j'ai aussi de plus en plus l'impression d'être dans la même position qu'eux. Moi non plus, je n'ai de marge de manœuvre ni budgétaire ni stratégique et je me retrouve donc parfois coincé, obligé de faire des choix.

retrouve donc parfois coincé, obligé de faire des choix. C'est l'essence même du rôle du manager, pour eux comme pour moi, que de devoir choisir.

Je crois en réalité que la vraie difficulté pour ces cadres hospitaliers est la gestion des absences de personnel. Les plannings doivent se gérer au quotidien. Il faut sans cesse rappeler les agents, et cela prend rapidement des heures, pour compenser les absences des uns et des autres. Et comme nous avons une population majoritairement jeune et féminine (donc plus susceptible de prendre des congés maternité ou pour garder leurs

jeunes enfants malades), confrontée à des métiers pénibles (station debout, manipulation de patients lourds, stress lié aux risques d'erreur), le phénomène est récurrent et important. Il me semble par ailleurs qu'il pourrait être un indicateur de la motivation au travail des agents et de l'acceptation des réformes menées.

La culture hospitalière, et particulièrement la culture médicale, font de l'imprévu, de la situation inédite, de l'urgence vitale, du malade toujours unique, les raisons incorrigibles d'un manque d'organisation originel et chronique. Je ne sais pas si le New Public Management convient au fond tout à fait à l'univers hospitalier. Mais les directeurs d'hôpital sont comme moi convaincus qu'on peut faire des gains organisationnels conséquents sans trahir « l'esprit » du service public.

Il est possible, et c'est même notre devoir, de réduire les temps d'attente et les durées d'hospitalisation pour les patients, de mieux organiser les horaires et les conditions de travail de l'ensemble du personnel et de faire des économies par souci légitime des deniers publics.