

## **Chapitre V**

### **L'organisation de l'hôpital**

---

**PRESENTATION**

---

*Après avoir, l'an dernier<sup>113</sup>, étudié la politique de restructuration du tissu hospitalier et les systèmes d'information à l'hôpital, la Cour s'est intéressée cette année au financement des soins hospitaliers avec un bilan de la T2A<sup>114</sup>, à la politique d'investissement<sup>115</sup>, enfin à l'organisation des soins à l'hôpital, objet du présent chapitre. Ces travaux se sont déroulés alors que s'élaborait la loi « hôpital, patients, santé et territoires (HPST) adoptée le 21 juillet 2009.*

*L'organisation des soins à l'hôpital répond prioritairement à un objectif médical : d'elle dépend la performance des soins et c'est d'abord en termes de qualité et de sécurité que se mesurent ses progrès éventuels.*

*Mais c'est aussi un facteur d'efficience économique et la politique hospitalière des années 2000 s'est située sur ce plan quand elle a fait de l'organisation interne de l'hôpital un des axes de son déploiement. Pour atteindre une meilleure efficience médico-économique, elle a, à partir de 2003 et notamment par voie d'ordonnances en 2005, modifié les structures de pilotage des hôpitaux et leur chaîne de décision et de gestion, du conseil d'administration jusqu'aux unités cliniques. Elle avait l'ambition de rendre l'ensemble plus adaptable, moins balkanisé, et de responsabiliser les médecins sur l'avenir économique du système. Elle a aussi beaucoup compté sur les vertus rationalisatrices du « signal tarifaire » (T2A) et misé sur un double lien : d'une part, entre le médical et l'économique, d'autre part entre les deux acceptions de l'organisation, organisation de la production de soins, organisation structurelle des établissements.*

*Pour comprendre la formation des coûts et les difficultés auxquelles les hôpitaux sont confrontés, les juridictions financières ont ainsi examiné comment les moyens qui leur sont alloués sont répartis dans les établissements. Au terme de cet examen, le constat des disparités au sein de l'hôpital et d'un hôpital à l'autre pour des services de même nature (I) conduit à s'interroger sur les voies possibles d'amélioration de l'organisation des soins (II), la réforme de la gouvernance prévue par l'ordonnance de 2005 devant y contribuer (III).*

---

---

113. RALFSS 2008, chapitre VIII, pages 263 et suivantes.

114. Voir chapitre VII – La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi parcours, p. 171.

115 . Voir chapitre VI – Plan hôpital 2007 : la relance des investissements immobiliers, p. 143

## **I - Une allocation non optimale des ressources destinées à la production de soins**

### **A – Des disparités considérables entre services de même dénomination**

#### **1 – Les indicateurs de comparaison**

L'enquête des chambres régionales des comptes (CRC)<sup>116</sup> et de la Cour a, d'une part, utilisé les informations recueillies lors des contrôles d'hôpitaux publics effectués en 2007 et des contrôles budgétaires spécifiques d'établissements en situation financière dégradée. D'autre part, une série particulière d'indicateurs quantifiés a été recueillie en 2008 auprès de 39 hôpitaux ne figurant pas dans le premier ensemble, à l'occasion de la campagne 2008 des CRC. Au total, l'échantillon compte des établissements de toutes tailles depuis des hôpitaux de quelques dizaines de lits jusqu'à de gros centres hospitaliers et des CHU.

Les tableaux figurant ci-après se sont fondés sur les indicateurs significatifs de l'organisation dans les services de médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) pour la période 2005-2007 (mais c'est pour 2006 que les données sont les plus complètes) :

- moyens humains affectés dans les services : effectifs médicaux (PM) et soignants non médicaux (PNM) rapportés au nombre de lits ;
- caractéristiques de la production de soins : taux d'occupation des lits, durée moyenne des séjours (DMS), nombre annuel de séjours par lit ;
- résultats : poids moyen en euros des cas traités (PMCT : résultat de la division de la recette T2A par le nombre de cas traités) et recette moyenne par lit ;
- productivité : effectifs rapportés au nombre de séjours ou de passages et effectifs rapportés à la recette.

Afin de mieux cerner les aspects structurels des résultats, on a utilisé non seulement les recettes constatées mais encore les recettes qu'aurait générée l'application anticipée sur ces années de la T2A à 100 %, laquelle n'est appliquée que depuis 2008<sup>117</sup>.

---

116. CRC d'Alsace, Aquitaine, Basse Normandie, Bourgogne, Bretagne, Centre, Champagne-Ardenne, Corse, Franche Comté, Haute Normandie, Île de France, Lorraine, Midi-Pyrénées, Nord-Pas de Calais, Pays de la Loire, Picardie, Poitou-Charentes, Rhône-Alpes.

117. Voir chapitre VII – La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi parcours, p. 171.

Tous les chiffres utilisés, après vérification, ont été fournis par les établissements eux-mêmes.

Les comparaisons ont été faites entre les établissements au niveau des services pour être au plus près de l'organisation des soins. Ont été choisis à cette fin des services qui pouvaient exister dans tous les hôpitaux, quelle que soit la taille de ces derniers. Pour faciliter l'interprétation des écarts, on a privilégié des spécialités moins susceptibles que d'autres d'hétérogénéité dans le contenu des soins : pneumologie (ci-après Pn.), chirurgie orthopédique (Ch.O) et maternité (Mate.). Certes, les différences de vocation et de dotations entre ces services, en fonction de l'importance des centres hospitaliers ou par exemple du « niveau » de la maternité<sup>118</sup>, ne doivent pas être oubliées. L'étude montre cependant qu'elles sont loin d'expliquer l'ampleur des écarts, notamment entre établissements a priori comparables.

La situation financière des services n'a pas été un critère de sélection. Elle constitue néanmoins une donnée essentielle à la compréhension. Dans ces trois disciplines, les trois quarts des services des établissements de l'échantillon qui ont une comptabilité analytique étaient déficitaires en 2006, mais cette proportion atteint 85 % en chirurgie orthopédique et 81 % pour les maternités.

## 2 – Les constats

### *a) Dispersion des indicateurs*

L'organisation de la production dans les hôpitaux publics est différente d'un établissement à l'autre, elle est même d'une diversité qu'on ne soupçonne pas. Ni le dispositif réglementaire et normatif ni les mécanismes de financement successifs n'ont eu pour effet de la réduire.

Autour des valeurs moyennes indiquées par le premier tableau ci-après, les écarts sont considérables sur tous les indicateurs organisationnels, que ceux-ci concernent les moyens mis en œuvre ou la production qui en résulte. Ils le sont également en termes de ciblage de l'activité des services, si l'on en juge d'après le nombre de types de séjours (GHS) pris en charge par chacun.

---

118. Les maternités sont classées en trois niveaux, le niveau 1 correspondant à celles réalisant des accouchements ne nécessitant pas de médicalisation particulière.

### Valeurs moyennes pour les principaux indicateurs

	PM/ 10 lits	PNM/ 10 lits	PMCT	Taux d'occupation
Pn	1,76	12,7	2 350 €	85 %
ChO	1,39	12	2 994 €	75 %
Maternité	2,45	18,7	1 809 €	71 %

Source : Cour et CRC

### Ampleur des écarts entre les hôpitaux

	nombre de GHS codés	PM/lit	PNM/lit	séjours/lit	PMCT	DMS	Recette/lit	Taux occup.
Pn.	1 à 2	1 à 10	1 à 3	1 à 4	1 à 3,3	1 à 4	1 à 2	1 à 3
Ch.O	1 à 3	1 à 8	1 à 3	1 à 3	1 à 2,5	1 à 3	1 à 3	1 à 2
Mate.	1 à 16	1 à 5	1 à 4	1 à 4	1 à 4	1 à 2	1 à 3,4	1 à 3,3

Source : Cour et CRC (rapport entre les valeurs maximales et minimales)

Ni la taille des établissements ni la qualité de CHU n'expliquent de tels écarts. Dans les maternités, ceux-ci ne s'expliquent que partiellement par le niveau de technicité et les normes qui s'y attachent.

L'ampleur des écarts est une information importante pour apprécier la vigueur des ajustements qu'imposerait une tarification à finalité purement uniformisatrice. Mais elle fait également deviner l'existence d'allocations non optimales, même si un service peut parfois être structurellement déficitaire sans être nécessairement mal géré. De ces inadéquations on trouve partout un peu ou beaucoup : sur six indicateurs de moyens et de production utilisés ci-dessus, relevés dans chaque CH pour les trois services, tous les établissements de l'échantillon en ont au moins un qui est nettement moins bon que la moyenne ; certains ont près de la moitié des indicateurs défavorables. Il y a donc des marges de progression partout<sup>119</sup>.

Il est intéressant de comparer ces disparités avec les situations financières, du moins là où existe une comptabilité analytique adéquate. On a vu que ces situations étaient souvent déficitaires ; il y a cependant une diversité notable derrière ce constat général.

119. Les données présentées dans les tableaux qui suivent traduisent une photographie pour 2006. Bien entendu, la situation a pu évoluer depuis. C'est en particulier le cas pour le CH de Lannemezan dont la maternité a été fermée en janvier 2008 et dont le service de chirurgie orthopédique a fait l'objet d'un partenariat public-privé la même année.

**Résultats « économiques » comparés du MCO et des services (2006)<sup>120</sup>**

	MCO	Pn.	Ch.O.	Mate.
Lannemezan	-11,4%		-44,2%	-169,4%
Le Havre	-7,1%	-1,3%	-19%	4,6%
Sedan	-5,4%		-21,3%	-14,1%
Forbach	-2,7%		-15%	-48,8%
Bigorre	-1,2%	17,8%	-1,8%	-3,5%
Saint Nazaire	6,1%	-13,9%	10,9%	-38,4%
Compiègne	6,5%	15,2%	10,4%	-42,1%
Bayonne	9,7%	21,3%	-19,6%	-11,5%
Roanne	11,8%	29,1%		-35,1%
Dreux	12%	31,1%	-11,4%	8,7%
Bar-le-Duc	13,7%		-33,1%	-31%
Wissembourg	13,8%		-19,3%	-44,5%
Aulnay	14,1%	42,8%	-24,8%	30,7%
Drôme Nord	15,3%		-6,7%	26,5%
Mâcon	18%	23,6%	-13,9%	27,9%

Source : CRC et Cour

Note de lecture : à Bayonne, l'activité globale de l'établissement en MCO donne lieu à un résultat excédentaire (+9,7 %) ; mais sur les trois composantes examinées deux sont déficitaires, seule la pneumologie étant excédentaire.

Dans le cas particulier des CHU (ci-dessous), la signification des chiffres est réduite du fait de la difficulté de répartir entre les services les recettes perçues au titre des missions d'enseignement et de recherche (MERRI). Or ces recettes n'ont été ventilées que pour les deux établissements les plus importants de l'échantillon (Hospices civils de Lyon et CHU de Lille, marqués d'un astérisque dans le tableau).

120. MCO : ensemble des services médecine chirurgie obstétrique.

Le résultat financier a été obtenu par la valorisation 100 % T2A des séjours et des séances à laquelle ont été ajoutés les remboursements de médicaments et dispositifs médicaux onéreux ainsi que les forfaits journaliers, déduction faite de l'ensemble des charges directes, indirectes et de structure, l'ensemble étant rapporté aux recettes (telles que calculées ci-dessus).

**Résultats économiques MCO et services dans les CHU (2006)<sup>121</sup>***En %*

	MCO	Pn.	Ch.O.	Mate.
HC Lyon*	-1,8 %	-10 %	-33,9 %	-8,9 %
CHU Grenoble	-9,8 %	-4,6 %		
CHU Lille*	-4,1 %	-8,5 %	-14,05 %	+ 0,3 %
CHU Angers	+3 %	-0,6 %	+19,5 %	-9,4 %
CHU Poitiers	+12,4 %	-8,4 %	-0,3 %	-25,2 %

*Source : CHU, CRC et Cour*

En moyenne, les trois services étudiés représentent de l'ordre du quart des recettes d'activité de l'établissement, ce qui explique que les résultats desdits services puissent être de signe contraire à celui du résultat de l'activité MCO dans son ensemble, comme c'est le cas à Bar-le-Duc. On voit qu'il n'est pas rare que les trois services soient simultanément déficitaires dans un même établissement. Les déficits peuvent être considérables : ils représentent de 20 à 75 % des recettes dans le tiers des services de chirurgie orthopédique de l'échantillon, ils sont forts dans les 2/3 des maternités (ils dépassent 100 % dans certains CH des zones peu peuplées).

Même si l'exercice 2007 a ici ou là marqué des améliorations, il a aussi connu des détériorations et le constat global n'est pas modifié sur le fond. On note cependant que ce constat est assorti d'écarts entre établissements dont il convient d'examiner s'ils ont un lien avec les indicateurs organisationnels.

*b) Corrélations entre résultats, dépenses et recettes*

Comme le montre le tableau qui précède, l'ampleur des déficits n'est pas fonction de la taille de l'établissement ou du service, ni vraiment du volume d'activité : s'il est vrai qu'une très faible activité peut ne pas compenser les coûts fixes, une forte activité n'est pas gage de santé financière. Les recettes sont multifactorielles, dépendant notamment -pour se limiter aux facteurs organisationnels- des durées de séjour et des

121. L'incidence des MERRI apparaît ainsi : un calcul qui n'aurait pas intégré les MERRI donnerait par exemple, pour Lyon et Lille, les résultats suivants :

	MCO	Pn.	Ch.O.	Mate.
HC Lyon	- 18,6%	- 39,6%	- 61%	- 22,7%
CHU Lille	- 25,4%	- 22,7 %	- 26,7%	- 18,3%

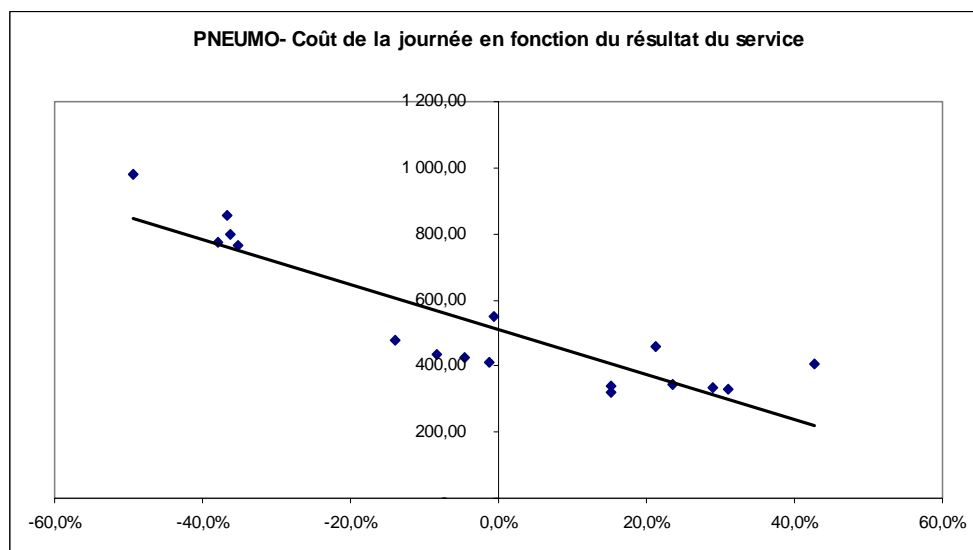
*Source : Données CHU et Cour.*

taux d'occupation. En régime de T2A, les coûts eux-mêmes dépendent de plusieurs facteurs et par exemple de la DMS. Il n'y a donc pas de relation statistique simple entre telle ou telle de ces composantes et le résultat économique : les situations dégradées ne se redresseront pas en agissant uniquement sur une seule d'entre elles.

En revanche, il apparaît nettement que le résultat n'est pas également sensible aux écarts de coûts et aux écarts de recettes. En effet, la recherche de corrélations entre le résultat et, d'une part, les niveaux de recettes par journée (en 100 % T2A) ou, d'autre part, ceux des coûts par journée aboutit à un constat beaucoup plus clair pour la seconde que pour la première, comme le montrent les deux tableaux qui suivent.

S'y dessine une corrélation statistique assez claire entre le coût de la journée et les niveaux de résultats, alors que cela n'est pas perceptible quand on rapproche résultats et recettes.

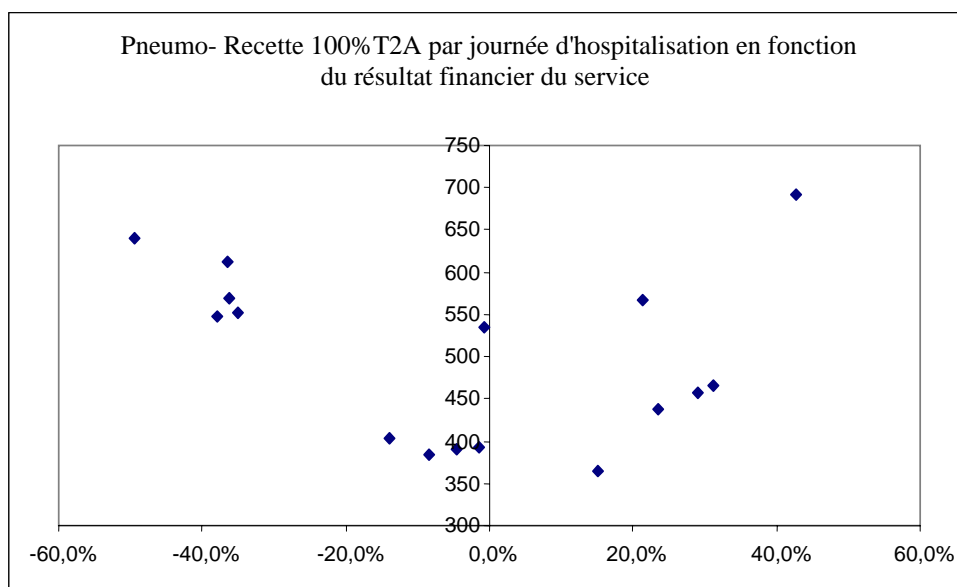
De façon générale, un niveau élevé de dépenses nuit plus sûrement à la situation financière que ne l'améliore une progression de l'activité. Pour les établissements en difficulté, il sera ainsi de meilleure méthode de chercher à réduire les dépenses que de vouloir augmenter l'activité, sauf à prévoir de le faire à coûts maîtrisés et sans préjudice du fait que les prévisions d'augmentation d'activité s'avèrent souvent peu réalistes.



Source : CRC et Cour.

Note de lecture : le résultat des services, exprimé en pourcentage des recettes, figure en abscisse. L'axe des ordonnées est celui du coût de la journée moyenne, en euro.





Source : CRC et Cour.

Note de lecture : le résultat des services, exprimé en pourcentage des recettes, figure en abscisse. L'axe des ordonnées est celui de la recette par journée (en 100 % T2A).

## **B – Une productivité très inégale**

### **1 – Une réalité contrastée**

La question des ressources humaines mérite une attention particulière car leur coût représente l'essentiel de la dépense totale. Elle ne se résume certes pas à un constat de surabondance, car la réalité est faite de multiples contrastes : contrastes entre établissements et entre services d'un même hôpital, puisqu'un même établissement peut offrir à la fois des images spectaculaires et volontiers reproduites par les médias de « lits couloir » aux urgences et une ambiance de grand calme quelques étages au-dessus. Contraste aussi, dans un même service, entre les périodes de tension et celles de relâchement. Contraste enfin entre les dénombrements objectifs et les perceptions du personnel : l'enquête a montré que celui-ci pouvait être convaincu de devoir travailler davantage avec toujours moins de moyens dans des situations pourtant confortables par rapport à d'autres.

Ce sont du reste ces paradoxes qu'il faut retenir car la plupart d'entre eux sont révélateurs d'un besoin d'organisation et de rationalisation. Ils signalent même une alternative d'une grande actualité : sans réflexion sur l'organisation, on sera de plus en plus tenté de traiter le problème financier du secteur par de simples efforts de compression des

dépenses de personnel. Mais comme ces efforts se heurteront à des difficultés de tous ordres, ils risqueront de rester limités, tout en perpétuant une atmosphère de crise.

Dans l'échantillon de l'enquête<sup>122</sup>, on voit que pour générer la même recette T2A, le même nombre de journées ou de lits dans la même spécialité, il faut à certains hôpitaux quatre fois plus de médecins qu'à d'autres, jusqu'à 15 fois dans les maternités. Le tableau ci-dessous donne l'exemple des urgences pour les personnels non médicaux, dont les infirmières et aides soignants :

**Urgences : productivité du personnel non médical**

	PNM/5000 passages	IDE+AS/5000 passages	Coût d'une ligne de garde (€)
Moyenne	8,9	6,4	85 629
Minimum	4,9	3,3	16 443
Maximum	27,3	16,1	199 174

Source : Cour/CRC

De la même façon, si l'on considère le ratio effectifs (soignants et non soignants)/recettes, de grandes disparités sont constatées entre établissements de même catégorie et entre services d'un même établissement. On le vérifie dans le tableau ci-dessous, qui détaille la productivité des personnels médicaux et non médicaux par service, à partir de données recueillies dans le cadre de l'enquête. Pour compléter et parfois nuancer ce constat, ces données ont été rapprochées des valeurs moyennes de l'établissement telles que calculées par l'ATIH pour le « diagnostic flash »<sup>123</sup>, ainsi que des valeurs observées pour la médiane de la catégorie d'établissements. La comparaison de ces deux séries de données montre de fortes convergences entre ces deux classements.

Comme on le voit, des écarts significatifs par rapport à la moyenne existent dans les performances des services examinés individuellement, ces écarts pouvant eux-mêmes logiquement différer de la performance moyenne de l'établissement considéré dans son ensemble.

122. Hors CHU.

123. Diagnostic flash est une méthode de diagnostic de gestion et d'efficience des établissements qui permet de comprendre, à partir d'un nombre réduit d'indicateurs, la situation financière d'un établissement en analysant son positionnement stratégique, la performance de ses processus majeurs et la structure de ses ressources humaines. Des moyennes sont établies pour quatre catégories d'établissements en fonction de leur taille.

**Productivité des médecins (PM)\* et soignants non médecins (PNM) 2006**

	PM/5 M€T2A			PM/5 M€T2A		PNM/5 M€T2A			PNM/5 M€T2A	
	Par service Enquête Cour			Diagnostic Flash		Par service Enquête Cour			Diagnostic Flash	
	Pn.	Ch.O.	Mate.	Moyenne de l'hôpital	Médiane catégorie d'étab.	Pn.	Ch.O.	Mate.	Moyenne de l'hôpital	médiane catégorie d'étab.
<i>Moyenne</i>	6.20	4.63	8.56			44.95	40.16	62.36		
HCL (Lyon Sud)	9.35	6.44	9.20	8,76	6,33	52.08	53.14	56.08	42,3	42,3
Pau	7.24	5.51	8.70	5,27	6,64	39.90	41.31	49.87	44,55	43,7
St Nazaire	9.35	3.66	9.52	4,84	6,64	69.54	24.73	53.09	37,8	43,7
CHU Lille	4.20	7.77	11.60	NR	6,33	51.89	47.83	66.67	44,4	42,3
Nemours <sup>124</sup>	-	7.20	-	9,6	6,64	-	44.49	-	42,6	43,7
Lannemezan	-	4.55	23.95	7,76	6,64	-	53.12	116.40	51,8	43,7

Source : ATIH, CRC et Cour

\* y compris les internes

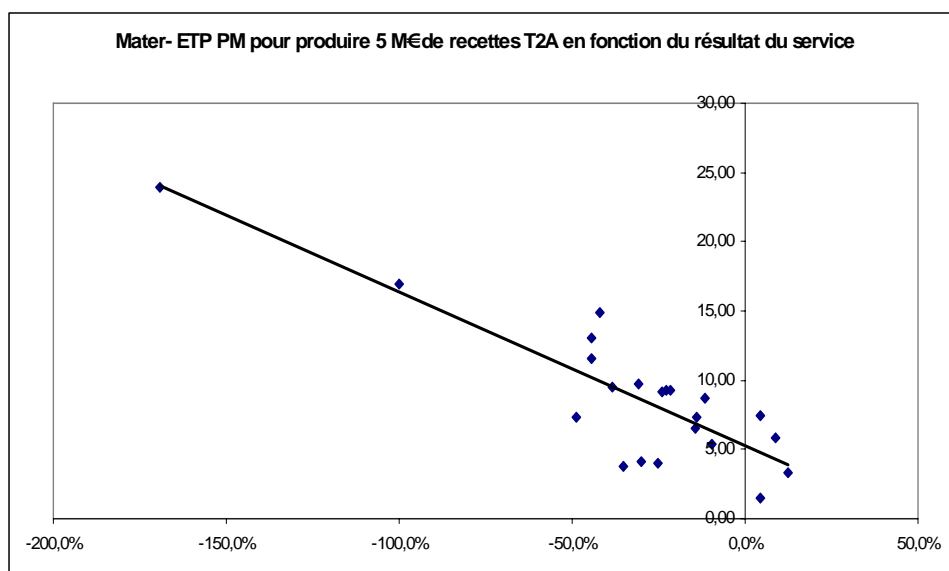
Les deux tiers des établissements de l'échantillon ont au moins un service où la productivité médicale ou non médicale est fortement inférieure à la moyenne. En revanche, les cumuls d'indicateurs défavorables sur plusieurs services dans un même CH sont peu fréquents. Seuls deux hôpitaux de l'échantillon affichent une productivité des médecins notablement inférieure à la moyenne dans les trois services à la fois, qu'elle soit mesurée en termes d'effectifs par lits ou rapportée aux recettes T2A. Pour les soignants non médecins, aucun établissement n'est dans ce cas.

Des services sous-productifs à la fois pour les PM et les PNM se rencontrent dans cinq établissements, soit, là encore, peu souvent. On note en passant que les petits établissements ne sont pas plus représentés que les autres catégories dans ces listes, malgré leur faible activité, bien au contraire.

Le constat général est donc moins celui de l'existence de quelques établissements à gros problèmes que celui de la généralité des marges d'amélioration. On notera au passage que ces indicateurs de productivité ont une bonne corrélation statistique avec les résultats des services concernés : ainsi dans le graphique qui suit, pour le lien entre productivité du personnel médical et résultat, pour les maternités (le constat serait largement analogue dans les autres spécialités).

124. Rappel des transformations intervenues supra (note page 118). A l'hôpital de Nemours, le transfert de la chirurgie orthopédique engagé dès 2006 a été effectif en janvier 2007.

### Maternités: corrélation entre productivité des PM et résultat



Source : CRC avec en abscisse le résultat MCO et en ordonnée la productivité PM

Malgré tout, ce constat essentiellement contrasté ne doit pas dissimuler des surdimensionnements notables ou, à l'inverse, les difficultés éprouvées parfois à trouver les ressources nécessaires.

## 2 – Des moyens surdimensionnés

### a) Des situations de sureffectifs

Des situations de sureffectifs ont régulièrement été mises en évidence par les CRC, notamment lorsque celles-ci ont procédé au contrôle budgétaire d'établissements en déficit prononcé (par exemple Le Havre et Watrelos). Cela transparaît soit par comparaison avec les moyennes des différentes catégories d'établissements, soit par référence à des études produites au niveau national, soit encore en rapprochant les évolutions d'effectifs et les évolutions d'activité.

Mais sans aller jusqu'à ces cas critiques, certaines données de l'enquête générale dénotent l'existence de véritables surdimensionnements des ressources consommées, parfois dus à des défauts d'organisation. Le nombre d'actes par médecin, par équipement ou par lit, leur nombre par service et le taux d'occupation ont parfois des valeurs si faibles que la surcapacité ne fait aucun doute. Elle est patente dans de nombreux établissements mais elle peut être constatée globalement : sur

l'échantillon de l'enquête, par exemple, on note une moyenne de 416 actes chirurgicaux par an et par salle d'opération. Rapporté aux effectifs de chirurgiens (ETP), le nombre d'interventions (243) dépasse à peine celui des jours ouvrables même s'il faut tenir compte du fait que l'activité de certains chirurgiens salariés est nulle. On trouve fréquemment des taux d'occupation des lits voisins de 50 % (par exemple CH de Romorantin-Lanthenay et en chirurgie de spécialité, en 2007, à Saint-Nazaire), parfois même proches de 25 % (CH de Langres), ce qui peut signifier dans un petit service qu'il y a en moyenne 2 ou 3 patients présents ; or un excès de lits entraîne également, mécaniquement, des effectifs en surnombre.

On peut du reste trouver simultanément de faibles taux d'occupation et de fortes durées moyennes de séjour (par exemple, en 2006, aux CH de Libourne et Roanne en pneumologie). Cela signifie, accessoirement, que le mot d'ordre de réduction des durées n'aboutira pas partout à une augmentation du nombre de séjours et à une intensification de l'usage des équipements. D'autant plus intéressant est l'exemple inverse du CH Loire-Vendée-Océan, où le taux d'occupation est élevé du fait du partage des activités entre les deux hôpitaux (Challans et Machecoul) qui ont fusionné pour constituer cet établissement.

*b) L'absence d'adéquation à l'évolution de l'activité*

Les déséquilibres sont souvent le résultat d'une absence d'adaptation à l'évolution de la demande, voire de décisions prises à contretemps (nationales ou locales). Un scénario courant est celui d'augmentations de la masse salariale ou d'investissements décidés sur la foi d'anticipations erronées (ou inexistantes), alors même que la baisse tendancielle de l'activité était avérée et que la concurrence modifiait les parts de marché. Accessoirement, c'est le même phénomène qu'on retrouve en matière d'investissements, dont les excès grèvent durablement les bilans des établissements. Les structures excédentaires ne se rencontrent pas seulement dans les zones rurales dépeuplées, dans lesquelles peut se poser au demeurant un vrai problème d'accès aux soins s'il n'y a pas d'offre de substitution. Des surcapacités importantes se trouvent également dans les hôpitaux de grandes agglomérations, ceux-là mêmes dont les déficits font l'essentiel de celui du secteur, comme par exemple les Hospices civils de Lyon.

*c) La question des effectifs non permanents*

L'évolution des effectifs n'a pas été uniforme dans les dernières années. Après les augmentations consécutives à la mise en œuvre de la RTT, les évolutions ont été diverses. Certains établissements ont continué de recruter, indépendamment de l'évolution de l'activité (par exemple à

Belfort-Montbéliard jusqu'à 2007 inclus) ; d'autres ont, pour différentes raisons, stabilisé les effectifs. Cependant, il faut distinguer les effectifs permanents des effectifs de remplacement (intérim et CDD). Même si les statistiques nationales, déjà marquées par l'approximation pour les premiers, donnent encore moins d'indication certaine sur les seconds, il semble à travers l'échantillon de l'enquête qu'une dérive importante des dépenses de remplacement caractérise la période la plus récente. Or les personnels intérimaires sont d'un coût unitaire qui peut aller jusqu'au triple de celui des emplois permanents.

Cette dérive n'est pas due aux seules difficultés de recrutement. L'absentéisme a aussi sa part de responsabilité<sup>125</sup>. Selon les données disponibles, confirmées par l'enquête, il va croissant dans les dernières années. Son coût est considérable et ses effets désorganiseurs certains, d'autant plus qu'il n'est pas précisément suivi dans tous les établissements, comme l'ont montré les contrôles des CRC.

### **3 – Les difficultés de recrutement et leurs conséquences coûteuses**

Les difficultés de recrutement sont réelles dans certains métiers et certaines catégories d'établissements, encore qu'une partie en soit due précisément à l'insuffisante organisation du tissu hospitalier dans une même région (par exemple CH de Bigorre ou Montauban du moins au moment de l'enquête). L'excès de la demande sur l'offre de compétences crée à l'égard du corps médical des situations inflationnistes voire malsaines, non seulement au moment de l'embauche mais aussi dans la relation usuelle avec l'administration. C'est à cela sans doute qu'on doit la persistance ou l'aggravation d'une déficience de contrôle dans trois domaines : le temps de travail des médecins, leur pratique des gardes et astreintes, l'activité libérale de certains d'entre eux. En la matière, l'enquête a constaté de réelles dérives et des abus tels que des déclarations erronées sur les horaires, les appels ou les déplacements en période d'astreinte (par exemple à Belfort-Montbéliard).

L'activité libérale des praticiens hospitaliers peut outrepasser les limites légales tout en échappant globalement au contrôle<sup>126</sup> (CH d'Epinal, Parthenay, Le Havre parmi bien d'autres). Les hôpitaux eux-mêmes se mettent en infraction lorsqu'ils négligent d'établir les tableaux généraux et les tableaux prévisionnels d'activité ou qu'ils ne font pas remplir les tableaux de service réalisés. Pour la permanence des soins, les dérives sont parfois concertées avec la direction, qui en use comme d'un

---

125. Voir sur ces points l'insertion de suivi du rapport public annuel 2009 sur « les personnels des établissements publics de santé, pp. 303 à 324.

126. IGAS rapport n° RM 2008-147P (§ 180 à 188).

complément de rémunération. Elles ajoutent leurs coûts à la lourdeur d'un dispositif de permanence des soins souvent plus ample qu'il ne serait strictement nécessaire, ce qui se traduit dans les coûts rapportés au nombre de passages.

### Coût de la permanence des soins par séjour (39 CH)<sup>127</sup>

En €

	Pneumologie	Chir. Ortho.	Maternité
Moyenne	21,39	47,90	43,33
Minimum	0,25	0,47	13,54
Maximum	68,26	109,53	143,33

Source : CRC

\*

\* \*

Au total, le plus souvent, le problème des hôpitaux est moins la quantité de leurs moyens que leur utilisation au bon endroit et au bon moment. Cela relève naturellement d'une bonne répartition entre les ressources et les activités mais, à activités données, c'est aussi pour chaque établissement un problème d'organisation interne.

## II - Des marges d'amélioration exploitables partout

Les problèmes d'organisation des hôpitaux, pour l'essentiel, sont connus : ils l'étaient lorsque la réforme de 2004 a été conçue, qui s'est expressément donné pour but d'en traiter une partie. Elle l'a fait en conjuguant trois approches : réformer la gouvernance des établissements, créer une mission de conseil et de diffusion des bonnes pratiques (la mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier, ou MEAH), compter sur les effets d'un financement à l'activité fondé sur une norme de coûts. Mais ces trois outils ont en commun d'avoir au mieux un effet indirect : à aucun moment il ne s'est agi d'exposer, et encore moins d'imposer des modèles d'organisation à reproduire (à l'exception très récente, peut-être, de la pression exercée en faveur de la chirurgie ambulatoire).

Cette prudence est compréhensible : la production de soins en milieu hospitalier est un processus complexe combinant de multiples prestations inter-agissantes et échappant à la modélisation. En revanche, la production de soins peut progresser par la capitalisation des améliorations qui naissent à tout instant de la pratique. C'était du reste la

127. Le coût annuel en euros des gardes et astreintes de chaque service a été reporté au nombre total des séjours pris en charge dans l'année. Ces coûts s'entendent hors gardes d'anesthésie. En moyenne, un séjour en service maternité supporte un coût de permanence des soins de 43 € avec un minimum de 14 € et un maximum de 143 €

raison d'être de la MEAH. Celle-ci y a ajouté une doctrine (la qualité par la performance économique et réciproquement) et des outils pour le pilotage comme les comptes de résultats par pôle. Cependant, la diffusion des bonnes pratiques repérées et analysées n'a pas été suffisante avant sa disparition. Les missions de la MEAH seront reprises par l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé, mais la méthode générale sera modifiée.

Les juridictions financières ont analysé trois axes de progrès pour une bonne part déjà identifiés par la tutelle.

### **A – Mieux utiliser les moyens disponibles : l'exemple des blocs opératoires**

L'enquête a relevé, soit l'existence d'inadéquations temporelles, soit l'insuffisance des outils permettant de s'en prémunir : ressources humaines et techniques non utilisées à plein temps et/ou non utilisables lorsque le besoin se présente ; improvisations et contretemps dus à une insuffisance de programmation ; sous-utilisation des modes de prise en charge les plus économes en durée, sans doute parce qu'ils sont aussi les plus exigeants en termes d'organisation ; trop grande tolérance collective à l'égard des temps d'attente improductive.

Les blocs opératoires, notamment, sont un lieu de concentration de ces inadéquations, alors même qu'ils doivent être par excellence le lieu de l'efficacité et qu'ils ont été particulièrement étudiés par la MEAH. Ils représentent au demeurant une part déterminante du coût des séjours (40 % pour la chirurgie orthopédique dans l'échantillon) et ils mobilisent, en la personne des infirmières anesthésistes (IADE) et des infirmières de bloc opératoire (IBODE), une ressource limitée.

#### **Blocs : effectifs IADE et IBODE pour 5 000 actes**

	IADE/5 000 actes	IBODE/5 000 actes	IADE + IBODE
Moyenne	11,17	13,72	24,89
Minimum	4,64	4,73	11,47
Maximum	30,13	22,69	49,67

Source : CRC

A Tarbes, Decazeville, Belfort-Montbéliard, Romorantin-Lanthenay entre beaucoup d'autres, les horaires d'ouverture des blocs et leur taux d'occupation sont éloignés des valeurs cibles retenues par le ministère (2 000 heures par an et par salle pour les premiers, 75-80 % pour le second). Le faible nombre d'actes effectués par salle plaide alors pour une première mesure d'organisation : la fermeture de quelques salles



dans de nombreux hôpitaux, quitte, au besoin, à élargir les horaires d'ouverture pour celles qui resteront et à reconnaître que certaines décisions d'investissement parfois récentes n'étaient pas des mieux fondées (par exemple à Tarbes, avec la construction de dix nouvelles salles d'opérations, pour un coût de 16 M€ alors même que l'activité de chirurgie diminue continûment depuis 2004). Il est vrai que le coût de fonctionnement des salles est généralement méconnu dans les établissements.

Les modalités d'affectation des salles d'opération, de programmation et de régulation des interventions sont perfectibles. On trouve encore des établissements où les salles sont affectées personnellement, de façon permanente, aux chirurgiens, ce qui n'est pas un gage de réactivité dans leur emploi. La programmation peut rester partielle ou trop facilement tenue pour négligeable, avec notamment des proportions insuffisantes de patients nommément connus à l'avance ; les improvisations ne sont du reste pas toujours dues à de vraies situations d'urgence. Quant à la régulation au fil de l'eau, c'est-à-dire au travail continu d'ajustement, d'arbitrage et d'adaptation, elle ne peut pas toujours compter sur des instruments performants et elle est souvent confiée à un soignant non médecin, qui ne dispose pas toujours d'une autorité suffisante.

## **B – Rationaliser et fluidifier le parcours du patient**

### **1 – Rationaliser**

L'insuffisance de pilotage du séjour à l'hôpital ne permet pas d'éliminer ou d'exploiter utilement les temps d'attente ou, plus globalement, de minimiser la durée totale des séjours. Des progrès ont certes été accomplis en ce domaine et la T2A est en principe un moteur puissant pour continuer dans cette voie, mais elle ne fournit pas la méthode. C'est d'abord affaire de pragmatisme : par exemple on peut assez facilement gagner une journée sur le séjour et intensifier les occupations de lit en aménageant les procédures de sortie. On peut également profiter de périodes d'attente pour préparer certaines tâches administratives ou logistiques. Sur ce point, les rapports diffusés par la MEAH abondent en exemples utiles et d'exécution peu coûteuse. Il faut souhaiter qu'ils soient plus souvent lus et surtout mis en pratique.

On peut également engager des choix plus structurants entre les modes de prise en charge : il est positif pour les malades comme pour l'établissement d'opter aussi souvent que possible pour d'autres modes que l'hospitalisation complète. Pratiquer des regroupements de services dans un hôpital de jour ou un hôpital de semaine permet en outre d'économiser du personnel, comme à Tarbes. Le développement de la chirurgie ambulatoire est un objectif clairement promu par le ministère et

l'assurance maladie, qui se sont même dotés de moyens coercitifs à cette fin, avec des résultats encourageants. L'enquête, cependant, a trouvé bien des établissements qui, bien qu'apparemment tentés par cette voie, sont pour l'instant dans l'impossibilité organisationnelle de l'assumer avec profit : l'ambulatoire est plus exigeant, de ce point de vue, que l'hospitalisation complète. Il y a donc encore un fort potentiel de développement dans cette direction.

## 2 – Fluidifier

Actuellement, pour l'essentiel, le parcours du patient fonctionne en fait comme une succession d'étapes dont chacune est souvent conçue, organisée et gérée comme une fin en soi, si ce n'est qu'elle exporte les effets de ses dysfonctionnements éventuels vers celles qui sont à son amont (files d'attente) et à son aval (aléas divers).

La nécessité de fluidifier le parcours va au-delà de la réduction des temps d'attente déjà évoqués. Cela exige de concevoir les séjours comme un tout, pourvu ab initio d'un échéancier formalisé (élaboré si possible par un compte à rebours à partir de la date prévisible de sortie) et confié à une personne unique (et non à autant de responsables successifs qu'il y a d'étapes). Cette personne, dont l'enquête n'a pas trouvé de nombreux exemples en activité, devrait être chargée d'orienter le patient lorsqu'il y a des options, d'anticiper les ralentissements possibles, de veiller à ce que les étapes ne dépassent pas la durée prévue.

Le dossier patient, censé assurer le lien entre les différents intervenants, devrait être l'autre moyen d'une prise en charge coordonnée et continue du patient. En fait, cette fonction est peu développée. L'enquête n'a du reste trouvé aucun établissement où le dossier informatisé fût complet. Ce qui y manque est souvent substantiel : dossiers de spécialité, images numériques, prescriptions<sup>128</sup>...

Il faut d'autre part s'attaquer aux goulets d'étranglement classiques. Certains ont des causes externes aux hôpitaux, notamment à leur aval du fait des difficultés éprouvées, dans plusieurs régions, à trouver rapidement des places en établissements de soins de suite et de réadaptation, en établissements pour personnes handicapées, en EHPAD ou en soins à domicile (par exemple bassin de Roanne, Nord Lorraine autour de Forbach, Côte basque, Pau). Il faut noter cependant que les difficultés sont presque aussi souvent dues à la non disponibilité de l'information qu'à des pénuries avérées et que des hôpitaux qui ont pris

---

128. Voir l'insertion sur les systèmes d'information dans les établissements publics de santé (RALFSS pour 2008, p. 305-331).

soin de nouer des relations structurées avec le secteur médico-social atténuent ces problèmes.

A l'intérieur de l'hôpital, deux goulots fréquents sont les urgences et la réalisation des examens complémentaires.

#### *a) Les urgences*

Aux urgences, une part des problèmes est certes due aux insuffisances de la médecine de ville, d'autant plus problématique que le passage aux urgences, souvent plus coûteux pour l'assurance maladie que les actes de ville auxquels il se substitue, l'est moins pour le patient<sup>129</sup>, ce qui contribue à encombrer les services d'urgence. Mais la dispersion des coûts constatés montre également l'incidence des facteurs internes.

#### **Dépense par passage<sup>130</sup>**

*En €*

	Dépense totale par passage	Dépense hors biologie et imagerie
Moyenne	191	131,43
Minimum	94,95	55,34
Maximum	315,15	222,68
Moyenne hors CHU	185,20	129,93

Source : CRC

La situation pourrait être améliorée si l'accueil des patients veillait plus systématiquement à opérer des tris et à fractionner les flux. Cela aurait pour effet de diminuer les attentes aux urgences, qui sont un des fléaux de l'hôpital, mais probablement aussi de réduire les taux d'hospitalisation : quand ceux-ci sont élevés, ils peuvent résulter d'une défaillance de la fonction d'orientation.

#### **Taux d'hospitalisation après passage aux urgences**

Moyenne	26,2 %
Minimum	9,3 %
Maximum	42 %
Moyenne en CHU	30,3 %
Moyenne hors CHU	25 %

Source : CRC

129. Le ticket modérateur, inférieur à l'hôpital pour les soins externes à celui appliqué aux soins de ville (voir infra chapitre VII, p. 194), reste parfois impayé.

130. Pour déterminer le coût moyen d'un passage aux urgences, les dépenses totales du service (directes, indirectes et de structure) ont été rapportées au nombre total de passages. Les dépenses relatives aux actes complémentaires de biologie et d'imagerie ont pu être isolées.

Deux conditions sont requises : d'une part, définir les partitions de flux pour lesquelles, plusieurs logiques sont concevables (entre filières longue et courte, entre les malades relevant a priori de l'ambulatoire et les autres, comme à Thionville, ou entre médecine, chirurgie et maladies graves, comme à Metz) ; d'autre part, doter l'accueil-orientation des compétences médicales suffisantes, comme à Roanne, où le CH peut du reste s'appuyer également sur une maison médicale de proximité pour rationaliser la fréquentation de ses urgences.

### *b) Les examens complémentaires*

Les examens complémentaires (imagerie et biologie) sont souvent la cause d'un ralentissement du parcours, voire d'un allongement du séjour qui ne suffit cependant pas toujours pour que les résultats parviennent au service prescripteur avant la sortie du malade. L'engorgement se produit dans l'attente du rendez-vous puis dans celle des résultats.

La solution passe, d'une part, par une meilleure organisation du service d'imagerie et du laboratoire de biologie -car l'expérience prouve qu'il y a moins de délais techniques incompressibles que de fonctionnements sous-optimaux- et, d'autre part, dans le dégonflement de l'activité par élimination des redondances de prescriptions, problème réel dans nombre d'établissements comme le montre le tableau qui suit.

#### **Prescriptions d'analyses (B) et d'imagerie (Z) : coût par séjour et poids dans le PMCT**

	B + Z / séjours (€)			B + Z / PMCT		
	Pn.	Ch.	Maternité	Pn.	ChO	Maternité
Moyenne	168,3	116,1	66,6	9,2 %	4 %	4 %
Minimum	65,6	31,2	21,8	3,3 %	1,4 %	1,4 %
Maximum	327,7	232,3	150,9	18,3%	6,7 %	10,3%
Moyenne CHU	201	169,7	100,1	11,8%	5,1 %	6,1 %
Moyenne hors CHU	122,7	80,3	51,1	5,5 %	3,3%	3 %

Source : CRC

Là encore la forte dispersion des dépenses de prescription d'un hôpital à l'autre incite à penser qu'il y a matière à rationalisation. Il faut lutter notamment contre le phénomène de prescriptions quasi-automatiques, en partie dû à l'inexpérience des médecins juniors qui ont le premier contact avec le malade (le CH de Mâcon, par exemple, a prévu leur encadrement). Cette seconde précaution aurait également des conséquences économiques bénéfiques car les examens constituent une

des causes de dérive des dépenses. La constitution d'un dossier médical unique partagé apparaît aussi comme un moyen de réduction des examens complémentaires redondants.

## **C – Décloisonner le fonctionnement de l'hôpital**

Le découloisonnement qu'il faut faire progresser doit jouer sur plusieurs plans : l'information, l'organisation, l'utilisation des ressources.

Le plus élémentaire est d'abord que l'information circule entre les services, notamment sur les disponibilités de chacun d'entre eux. Dans les établissements de l'échantillon, le partage de l'information sur ces disponibilités n'est pas toujours systématique et il repose sur des déclarations (non vérifiées par principe). Certes, rien n'autorise à penser qu'il soit essentiellement biaisé, mais on sait par ailleurs le peu d'empressement des services cliniques à voir leur pilotage perturbé, du moins par l'arrivée de certains types de patients. La loi HPST du 21 juillet 2009<sup>131</sup> portant réforme de l'hôpital est du reste allée jusqu'à prévoir une obligation de déclaration, mais c'est un pis aller.

Il conviendrait également de découloisonner la programmation dans les services : le système souffre actuellement des aléas que chacun subit du fait du fonctionnement des autres. C'est l'un des intérêts potentiels de la création des pôles d'activité.

Un autre intérêt est d'accroître la mutualisation des ressources, notamment humaines. C'est typiquement le cas de la permanence des soins, dont on a vu plus haut qu'elle pouvait être particulièrement coûteuse et qui pourrait souvent être allégée par la mutualisation de son organisation au-delà des limites de chaque service (par exemple au CH de Belfort-Montbéliard, où les efforts réalisés ne sont pas encore suffisants). C'est également le cas des solutions à employer pour pallier les effets de l'absentéisme. En l'occurrence, l'enquête a heureusement trouvé plusieurs exemples d'établissements qui savaient faire appel à une certaine mutualisation des compétences (à Tarbes ou Forbach, par exemple) pour éviter autant que possible le recours à des solutions coûteuses, telles que la constitution de pools permanents de remplacement ou l'intérim.

Cependant le potentiel de rationalisation va bien au-delà de ces solutions. Même si la nécessaire spécialisation des compétences impose des limites naturelles à la polyvalence, il apparaît qu'on est loin de l'optimum. Ainsi à l'hôpital de la Côte basque où des barrières artificielles persistent même entre les personnels de la maternité et ceux de la pédiatrie.

---

131. Loi n° 2009-879.

Les obstacles à la coopération tiennent beaucoup aux habitudes de travail, qu'il est évidemment possible de faire évoluer : on l'a perçu, par exemple, au CH de Romorantin-Lanthenay qui a évolué positivement. Un autre facteur de maintien des cloisonnements réside cependant dans la configuration des locaux, d'abord parce que ceux-ci imposent parfois la distance physique entre unités qui pourraient regrouper une partie de leurs ressources. Ensuite parce que la perspective de réaménagements sert à l'occasion de prétexte à l'immobilisme d'équipes peu désireuses au fond de coopérer. Les Hospices civils de Lyon ont ainsi pris beaucoup de retard dans la rationalisation de leurs activités, de leurs équipements et de leurs fonctions supports.

### **III - La réforme de la gouvernance : un progrès à confirmer**

Les problèmes d'organisation et d'efficience médico-économique devaient trouver une part de leurs solutions dans les différentes composantes de la politique défendue entre 2002 et 2008 et, pour ce qui est de l'intérieur des établissements, à travers une nouvelle gouvernance : à la fois de nouvelles structures décisionnelles et une répartition modifiée des responsabilités entre acteurs de l'hôpital. Pour l'essentiel, il s'agit, d'une part, de faire confiance à une réelle association des médecins aux mécanismes de décision et aux responsabilités de gestion : c'était le but de la création des conseils exécutifs, instances paritaires chargées de préparer les grandes décisions d'organisation.

L'autre forte préoccupation est de mettre fin au morcellement des responsabilités et à l'inhibition des synergies, liés tous deux à la fragmentation de la vie hospitalière autour de services tout puissants. C'était le but de la création des pôles d'activité, qui doivent, d'une part, simplifier l'interface entre administration et corps médical et, d'autre part, créer des unités de gestion d'une taille plus propice que les services aux rationalisations et aux mutualisations.

#### **A – L'association des médecins à la direction**

Selon les constats des CRC, les conseils exécutifs constituent une expérience plutôt probante. Ils donnent à l'association du corps médical une nouvelle dimension à côté des commissions médicales d'établissement (CME). Ils confirment la justesse de l'idée de décroisement culturel entre gestionnaires et médecins. Dans bien des établissements ils sont rapidement devenus l'instance de réflexion et d'orientation sur les problèmes d'organisation. Les négociations du SROS et du CPOM ont souvent pu s'appuyer sur eux. L'ensemble formé par la

direction générale et le conseil exécutif a montré qu'il pouvait valablement traiter de l'organisation des soins et donner un poids spécifique aux orientations adoptées, face à la communauté médicale, d'un côté, et au conseil d'administration, de l'autre.

Leur travail n'est cependant pas exempt de limites et il fait encore l'objet de critiques internes, notamment parce que les personnels soignants non médicaux n'y sont pas associés. La loi HPST s'attache à nouveau à traiter la question d'une meilleure association du corps médical aux responsabilités. Le directoire, successeur du conseil exécutif, sera majoritairement composé de représentants du corps médical (et pharmaceutique, maïeutique, odontologique). Mais ses attributions seront plus restreintes et, globalement, il est indéniable que la loi renforce le poids du directeur, notamment par le biais de son pouvoir de nomination. En tout état de cause il est probable que les évolutions dépendront plus de la pratique de la gouvernance que du détail des dispositions de ce nouveau texte.

## **B – Les pôles d'activité**

En application de l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 et du décret n° 2005-421 du 4 mai 2005, les établissements publics de santé autres que les hôpitaux locaux sont organisés en pôles d'activité, créés par le conseil d'administration sur la base du projet d'établissement. Ces pôles peuvent être composés d'un ou plusieurs services et unités fonctionnelles. Ils devaient être mis en place avant le 31 décembre 2006.

### **1 – La mise en place des pôles**

Le calendrier prévu par la réforme n'a pas été pleinement respecté puisqu'au début de 2008, lorsqu'a débuté l'enquête, tous les pôles d'activité n'étaient pas créés dans les hôpitaux contrôlés. Au surplus, si on considère, comme la DHOS, que les pôles n'existent qu'à compter du jour où ils sont pourvus des instances de pilotage prévues par les textes et de contrats passés avec la direction générale, on est encore plus loin du compte (par exemple Pau, Loire-Vendée-Océan, Drôme Nord, Sedan, Mâcon, Libourne, Côte basque...). Mais ce n'est que le premier des retards qui vont caractériser ce chantier.

Une grande liberté a été laissée aux hôpitaux pour établir la cartographie des pôles. En règle générale, les directeurs ont eux-mêmes laissé la communauté médicale libre de ses préférences, parfois en lui donnant tout de même certains repères ou objectifs, mais souvent pas même celui d'atteindre une masse critique pour chacun des nouveaux organes.

## **2 – Rationalité et taille critique**

Le résultat a effectivement la diversité que laissait prévoir la somme de contingences locales à concilier, la pluralité des logiques médicales ou fonctionnelles possibles pour les regroupements de services, mais aussi la richesse même des finalités assignées à l'exercice par voie de circulaire de la tutelle. Le tableau final -ou provisoire dans de nombreux établissements (par exemple à Libourne ou Pau)- ne paraît pas inspiré par le seul déterminisme scientifique, ce qui n'est pas aussi préjudiciable qu'on l'a dit, l'important étant que le regroupement permette concrètement des gains d'efficacité et d'efficience.

Tous les types de découpages ne peuvent cependant laisser espérer les mêmes avantages : certains sont propices à la mutualisation des moyens, d'autres à la coopération des professionnels, d'autres enfin sont plus bénéfiques au confort du malade. Certains n'annoncent aucun progrès particulier, ne pouvant pas même être expliqués rationnellement. Une partie d'entre eux doivent leur périmètre à de pures considérations relationnelles, mais c'était inévitable. Au total, il est difficile de présumer des bénéfices concrets que ce découpage apportera, du fait même de cette diversité : l'appréciation devra attendre de les voir à l'œuvre.

Sur le plan quantitatif, les pôles sont en moyenne trois fois moins nombreux que les services qui les ont constitués. Mais là encore, la moyenne recouvre une grande disparité (Wissembourg compte 7 pôles pour 11 services, le CHU de Lille 40 pour 100 services, quand le CHU de Poitiers n'a que 13 pôles pour 70 services et le CH Loire Vendée Océan 9 pour 53) ; cela laisse entendre que dans bien des cas on n'a pas nécessairement atteint une masse critique en termes de mutualisation des ressources, ni suffisamment simplifié ou évité de complexifier les organigrammes.

Au demeurant, l'exercice ne pouvait aller bien loin dans les petits hôpitaux (par exemple Romorantin-Lanthenay, Chinon, Langres) et il rencontrait une difficulté spécifique dans les CHU du fait du rôle clef de la notion de discipline. Mais l'appréciation quantitative ne suffira pas non plus à juger si le niveau réel de la gestion peut cesser d'être logé dans les services.

## **3 – Les problèmes de gouvernance des pôles**

Les responsables des pôles, dépourvus d'autorité hiérarchique, ne peuvent s'affirmer que si trois conditions sont réunies : d'une part, qu'ils soient sélectionnés parmi les plus volontaristes ; qu'ils puissent, d'autre part, s'appuyer sur des compétences qui leur soient adjointes en propre ; qu'ils reçoivent, enfin, de vraies responsabilités.



Sur le deuxième point, il est effectivement prévu que le chef de pôle soit entouré d'un cadre de santé et d'un gestionnaire administratif, voire d'un contrôleur de gestion. Mais la plupart des établissements de l'échantillon ont fait le choix de ne pas affecter de personnel administratif dans les pôles, souvent pour des raisons d'économie budgétaire : ce sont des membres de l'équipe de direction qui servent de correspondants aux chefs de pôle.

Quant aux responsabilités confiées aux chefs de pôle, c'est le point sur lequel la mise en œuvre de la réforme subit le retard le plus caractérisé. Pour l'instant, ces « responsables » n'ont quasiment jamais reçu de délégation de gestion un peu substantielle. Si délégation il y a -ce qui n'est même pas toujours le cas- elle se limite le plus souvent au remplacement d'agents absents et à la formation continue.

Certes, les délégations ont souvent plus de contenu dans les hôpitaux qui avaient anticipé sur la réforme (Nantes, HC Lyon, Tours). Mais dans les autres cas, il y a une difficulté sérieuse : soit parce que les directeurs sont peu tentés par la délégation, soit parce que les médecins ne le sont pas davantage, soit parce que cela se heurte à des problèmes d'opportunité en période de déficit (par exemple Saint-Dizier et Tarbes). Le développement des délégations semble devoir prendre encore beaucoup de temps et passer par des étapes expérimentales, comme l'enseignent les exemples d'Angers ou du CH Loire-Vendée-Océan.

L'intéressement des pôles à leurs propres résultats ne progresse du reste pas plus vite (mis à part les CH qui avaient des plans d'intéressement antérieurs à la réforme de 2005, comme Chartres ou Libourne). Il pose aussi des problèmes délicats en période de déficits, surtout si les pôles sont mis à cet égard dans des situations structurellement inégales. Pourtant, délégation et intéressement étaient des pierres angulaires de la réforme hospitalière.

Les services, de leur côté, restent parfois, en la personne de leurs chefs, les interlocuteurs privilégiés de la direction. En tout état de cause, ils ont gardé jusqu'ici prise sur la ressource humaine, la responsabilité médicale et globalement sur la production des soins.

#### **4 – Les effets perceptibles de la création des pôles**

La création des pôles a déjà eu, malgré tout, des effets positifs (par exemple à Belfort-Montbéliard) : la pratique de la concertation et de la collégialité, les réflexions sur la dynamisation de l'organisation, sans compter, parfois, des améliorations pratiques dans le fonctionnement. Cependant, ils n'ont pas encore mis leur marque sur l'organisation des soins proprement dite : ils ne l'ont pas fait visiblement progresser parce qu'ils ne s'en sont pas encore vraiment occupés.

On sait maintenant qu'ils rencontreront des obstacles : les scepticismes ne désarment pas facilement, ils peuvent même avoir été aggravés par la phase de mise en place, très consommatrice de temps et d'énergie pour peu de contreparties visibles (Sedan). La mutualisation des moyens rencontre de multiples freins quand il ne s'agit pas de franches oppositions dans les équipes médicales.

Pourtant, la conclusion ne doit pas être que la cause est entendue : le plus frappant est surtout que le travail n'a pas encore vraiment commencé.

## **C – Les instruments de pilotage**

Réformer les structures ne suffit évidemment pas à garantir l'effectivité du pilotage. Il faut encore que les responsables détiennent une information pertinente. Avoir institué plusieurs niveaux de pilotage -la direction générale et le conseil exécutif, les responsables de pôle- impose de mobiliser cette information à plusieurs niveaux.

### **1 – La méconnaissance des coûts de production**

Les directions générales ont, malgré une abondance de chiffres divers, quelques zones aveugles ou peu éclairées. Celle qui concerne les coûts de production est particulièrement handicapante pour le pilotage. La mise en place de la comptabilité analytique en est restée à un stade embryonnaire dans de nombreux établissements, et notamment ceux de taille petite et moyenne, alors que les instruments sont disponibles grâce aux efforts du ministère. Cependant, de très gros établissements évitent encore de connaître les coûts complets de leurs différentes composantes ; ils ne ventilent pas, ou approximativement seulement, certains postes importants de dépense.

Cette opacité est préjudiciable à la bonne gouvernance et retarde les décisions utiles pour l'avenir de l'établissement. En l'absence de comptabilité analytique pertinente, les gestionnaires ne disposent en matière financière que de documents généraux comme l'état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD), dont on voit mal comment il peut les renseigner sur l'origine précise de leur déficit.

Trop rares sont encore les établissements qui ont développé des tableaux de bord par pôle tels que mis au point par la MEAH. Cette situation est éminemment préjudiciable sous l'empire de la T2A : les hôpitaux se privent de moyens de s'adapter à la tarification s'ils ignorent comment leurs coûts se comparent aux tarifs. Certes, les coûts de référence qui sont utilisés pour la tarification ne sont pas exempts de

biais<sup>132</sup> et il faudra encore attendre avant que la méthode échappe à toute critique. Cependant, avec leurs défauts, les instruments existants peuvent déjà apporter une aide appréciable aux établissements qui jusque là en étaient dépourvus. On a vu supra que les ordres de grandeur des inadéquations de moyens sont tels que, sans aucun doute, des progrès sont à portée grâce à un usage raisonné de ces instruments.

## **2 – L’insuffisance des indicateurs relatifs à l’organisation**

Les acteurs ne se donnent pas les moyens de connaître objectivement la performance de leur organisation et de leurs pratiques. Ne sont généralement mesurés ni les temps d’activité des blocs opératoires, ni les débordements d’horaires souvent coûteux, ni les durées des étapes du parcours dans l’hôpital, ni les temps d’attente, ni les redondances de prescriptions... La connaissance insuffisante du temps de travail des médecins, du déroulement des gardes et astreintes ou de l’activité privée a déjà été signalée. Il arrive même que les directions ne sachent pas précisément combien de salariés sont au travail dans l’établissement.

Pour ce qui touche aux questions de sécurité, et malgré ce que laisserait espérer la baisse nationale des incidents nosocomiaux, la démarche d’objectivation est très en retard : l’échantillon de l’enquête n’a pas révélé l’usage d’indicateurs aussi précieux a priori que le nombre d’hospitalisations inadéquates ou d’interventions inopportunes, celui des hospitalisations dues à une hospitalisation antérieure ou même celui des décès. La démarche qualité et notamment la certification mise en œuvre par la HAS qui fournit des outils d’audit pour que les établissements s’auto-évaluent, semblent devoir gagner en portée concrète, et pas seulement dans les domaines qui ont été les leurs jusqu’ici. Il est du reste prévu que la prochaine génération de référentiel de la HAS (V 2010) s’oriente davantage que les précédentes vers les problématiques de pilotage et de bonne gestion de la ressource. La nouvelle procédure de certification intègre les résultats d’indicateurs de qualité.

Enfin se pose fréquemment un problème de fiabilité des données. Les contrôles des CRC ont montré qu’il fallait prendre avec prudence certains indicateurs ayant une base déclarative, comme par exemple le taux d’absentéisme. Le codage des séjours par les unités médicales, d’autre part, est une source d’erreurs qui occupe une bonne part du temps des directions de l’information médicale (DIM) de nombre d’établissements.

---

132. Voir chapitre VII - La mise en œuvre de la T2A : bilan à mi parcours, p. 171.

### 3 – Une information parfois peu exploitée ou exploitable

L'information des pilotes de l'hôpital est donc affectée de multiples faiblesses et les progrès réalisés depuis le rapport de la Cour sur les systèmes d'information sont encore partiels. Cependant, l'enquête a également rencontré des établissements à la tête de données abondantes, sophistiquées et incluant même des informations de benchmarking externe, dont ils ne faisaient pas nécessairement un usage complet ou opérationnel (ainsi au CH de la Côte basque).

L'information des responsables de pôle est plus problématique encore que celle de la direction, pour au moins deux raisons : tout d'abord une bonne part des données ne leur parvient pas du tout. L'enquête a noté dans plusieurs hôpitaux le cas de données spécifiques aux pôles qui n'étaient pas communiquées à leurs responsables, ou de données relatives aux blocs opératoires qui ne sont pas adressées à leurs responsables.

D'autre part, il peut en ce domaine exister un écart entre les perceptions des administrations, persuadées d'avoir diffusé une information suffisante et en tout cas abondante, et l'utilité opérationnelle de ce matériau. Il est courant que les responsables de pôles soient destinataires d'une information peu exploitable, ou non exploitable sans un important travail de retraitement voire de recoupement de leur part, ce qui évidemment ne peut s'envisager dans la plupart des cas. Il arrive aussi que les rudiments de comptabilité analytique produisent des résultats par pôle dans lesquels ceux-ci ne reconnaissent pas leur réalité, ce qui les prive d'usage dans le pilotage et la discussion. Au demeurant, même dans l'abondance apparente, les données peuvent ne pas concerner les sujets sur lesquels les chefs de pôle pourraient concrètement agir. Au total, de vraies délégations de gestion ne peuvent se concevoir qu'appuyées sur des outils utilisables.

L'ensemble donne donc l'image d'un dispositif de pilotage encore au stade d'ébauche, dont il serait trompeur de considérer qu'il est en ordre de marche.

---

#### SYNTHESE

---

*L'histoire des hôpitaux les a amenés à des organisations très diverses en termes de moyens de fonctionnement, de volume d'activité et de résultats, quelle que soit leur taille. On trouve cependant une assez bonne corrélation entre leur classement en termes de résultats et leur niveau de dépenses, bien meilleure qu'entre résultats et niveau de recettes.*

*Tous les hôpitaux de l'échantillon ont au moins un foyer de sous-performance. On peut en déduire que les efforts d'ajustement des coûts ou du périmètre d'activité devront avoir lieu partout en France si la T2A produit bien ses effets de sélection.*

*La productivité peut être très faible par endroits, et sans espoir d'être améliorée par une improbable augmentation de l'activité. Les surcapacités peuvent concerner tous les facteurs de production, et pas seulement dans les petits CH. Elles ont souvent été aggravées par l'absence d'adaptation au déclin de la demande ou par des investissements décidés à contretemps ou par les deux à la fois.*

*Les ressources humaines présentent simultanément des cas de sureffectifs et d'insuffisances, notamment par défaut d'organisation. Les insuffisances sont compensées par un recours très coûteux aux emplois de remplacement.*

*Les axes d'amélioration de l'organisation résident dans une meilleure régulation dans le temps et un élargissement des périmètres de gestion, en visant fluidification et décloisonnement, comme devraient l'autoriser les nouveaux pôles d'activité mais pas seulement eux.*

*La réponse par la réforme de la gouvernance (conseils exécutifs, pôles d'activité), dont la finalité est notamment d'améliorer l'efficacité grâce à la mobilisation des médecins, a généré une période d'installation plus longue que prévu. Si elle a eu à ce jour quelques effets positifs et indiqué une direction de progrès, ces effets restent de second ordre et n'ont pas encore atteint les processus de production des soins. Le retard accumulé dans le développement des outils de pilotage, notamment, prive ces derniers d'existence concrète.*

---

#### **RECOMMANDATIONS**

---

*15. Intégrer dans un avenant aux actuels CPOM et dans les futurs CPOM :*

- a) un calendrier de déploiement d'une comptabilité analytique pertinente et des tableaux de bord associés ;*
- b) une analyse des secteurs d'activité présentant des surcoûts, afin de corriger les dysfonctionnements et de réduire les écarts de productivité.*

*16. Donner aux responsables de pôle les outils de connaissance sur leur activité et les compétences appropriées afin que le pôle devienne le bon niveau du dialogue de gestion.*

---