

## L'hôpital en chantier : du ménagement au management

**Lavoisier** | *Revue française de gestion*

2003/5 - no 146

pages 125 à 129

ISSN 0338-4551

---

Article disponible en ligne à l'adresse:

<http://www.cairn.info/revue-francaise-de-gestion-2003-5-page-125.htm>

---

Pour citer cet article :

"L'hôpital en chantier : du ménagement au management", *Revue française de gestion*, 2003/5 no 146, p. 125-129.

---

Distribution électronique Cairn.info pour Lavoisier.

© Lavoisier. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Cet article est disponible en ligne en format HTML à l'adresse :

[http://www.cairn.info/article.php?ID\\_REVUE=RFG&ID\\_NUMPUBLIE=RFG\\_146&ID\\_ARTICLE=RFG\\_146\\_0125](http://www.cairn.info/article.php?ID_REVUE=RFG&ID_NUMPUBLIE=RFG_146&ID_ARTICLE=RFG_146_0125)

---

## L'hôpital en chantier : du ménagement au management

par JEAN-PIERRE CLAVERANNE

| Lavoisier | *Revue française de gestion*

2003/5 - n° 146

ISSN 0338-4551 | pages 125 à 129

---

Pour citer cet article :

—CLAVERANNE J.-P., L'hôpital en chantier : du ménagement au management, *Revue française de gestion* 2003/ 5, n° 146, p. 125-129.

---

Distribution électronique Cairn pour Lavoisier.

© Lavoisier. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.



---

# L'hôpital en chantier :

---

# du ménagement

# au management

Voilà maintenant près de 30 ans que la crise hospitalière est au centre de tous les propos, qu'il s'agisse des rapports officiels, des colloques de professionnels et de chercheurs, ou encore des unes de la presse grand public. Or, malgré les nombreuses réformes mises en œuvres depuis plus de dix années pour tenter de juguler cette crise endémique, l'hôpital est aujourd'hui encore plus qu'hier, au centre d'interrogations majeures quant à sa place dans la société, son coût, ses résultats, ses missions. Les articles de ce dossier visent à analyser la situation actuelle et les politiques engagées, puis, au-delà des paramètres conjoncturels, à adopter un propos plus prescriptif, portant sur la recherche et la définition de leviers d'action, sans lesquels toute perspective en gestion se réduit à l'inutilité ou l'incertitude.

## I. – RÈGNE DU « MÉNAGEMENT GÉNÉRALISÉ »

### 1. La restructuration comme « maître mot »

Depuis trente ans, le système de santé a été l'objet de réformes majeures, qu'il s'agisse des lois du 31 décembre 1970, du 31 juillet 1991 ou encore des trois

ordonnances du 24 avril 1996. Ces réformes ont mis en place des outils de gestion nouveaux afin de moderniser le système de régulation: le budget global, la comptabilité analytique, le programme médicalisé du système d'information hospitalier (PMSI), les schémas régionaux d'organisation sanitaire, les agences régionales de l'hospitalisation, les projets d'établissement, la contractualisation, l'accréditation, etc., en sont les figures emblématiques et seront les objets d'analyse de ce dossier.

Ces réformes poursuivaient de manière générale quatre objectifs majeurs. Tout d'abord, il s'agissait d'améliorer la qualité et la sécurité des prises en charge et des soins. En corollaire, la réduction des dépenses de santé s'inscrivait comme l'un des objectifs les plus médiatisés de ces réformes. Par ailleurs, les pouvoirs publics visaient aussi à accroître l'autonomie des établissements et à développer la responsabilité des acteurs hospitaliers. Enfin, il s'agissait aussi d'objectiver l'affectation des ressources dans le système hospitalier dans un contexte de raréfaction des ressources financières.

Au moment où nous écrivons ces lignes, le gouvernement a mis en place un nouveau chantier par l'intermédiaire des ordonnances de simplification de la régulation sanitaire<sup>1</sup>.

## 2. Un bilan mitigé

Il convient de s'interroger sur le bilan de ces réformes: qu'ont-elles réellement produit? qu'ont-elles amélioré ou au contraire dégradé? Ont-elles renforcé la cohérence

d'un système en mal de régulation? En ont-elles au contraire augmenté l'entropie?

L'observation des acteurs de terrain des opérations de restructuration ainsi que la lecture attentive des rapports des pouvoirs publics – dont le rapport de la Cour des comptes en septembre 2002<sup>2</sup> – nous obligent à considérer ces réformes avec circonspection.

Dans un système davantage administré que réellement géré, les outils de gestion en place – lorsqu'ils existent – naviguent entre « l'usine à gaz » et la perte de sens: la comptabilité analytique, quand elle existe (quelques dizaines d'établissements), n'est que peu souvent mise en perspective avec l'analyse stratégique et le PMSI est considéré comme une obligation administrative, alors qu'il s'agit d'un outil performant pour analyser la production de l'hôpital, aider à la définition d'un positionnement stratégique, éclairer les problématiques de régulation. À travers le rappel de la trajectoire de cet outil, Olivier Lenay et Jean-Claude Moisdon dessinent les difficultés auxquelles se heurte la régulation sanitaire française, hésitant à tour de rôle entre « régulation homéopathique et incrémentalisme gestionnaire », pour proposer désormais un « nouveau » (?) mode de tarification des établissements sanitaires sur la base de leur activité.

Le bilan des recompositions hospitalières mis en avant pour témoigner de l'effort d'adaptation du système hospitalier doit également être considéré avec circonspection. Certes, la réduction du nombre d'établissements de 1992 à 2000 a été de 6,4 % pour

1. Ordonnances du 5 septembre 2003.

2. Cour des comptes, *La sécurité sociale*, La Documentation Française, Paris, 2002 (notamment chap. VI, VII, et VIII).

l'hôpital public sur les activités de court séjour (793 contre 742), mais elle a atteint, pendant la même période, près de 15 % pour les cliniques privées pour les mêmes activités (1 216 contre 1 026).

De plus, le souci de favoriser la recomposition de l'offre se caractérise, depuis quelques années, par une politique de réduction des capacités en lits et places d'hospitalisation au moyen d'une véritable « chasse aux lits ». Si les objectifs fixés par les représentants de l'État aux niveaux national et régional sont souvent remplis après ces quelques années de « chasse », les effets de ces réductions sur l'outil de production et la restructuration de l'offre de soins en général demeurent dans les faits extrêmement limités tant il est vrai que ces suppressions de lits se sont opérées le plus souvent au détriment de « lits papiers », c'est-à-dire de lits inscrits et autorisés pour des établissements mais non installés par eux faute de budget ou d'activité suffisante. Il s'agit davantage d'une politique de mise en adéquation entre les capacités autorisées et les capacités réellement installées que d'une politique de restructuration. Bien souvent, aussi, à la décharge des agences régionales de l'hospitalisation, les possibilités de favoriser les regroupements sont réduites. À ce titre, la non-fongibilité des enveloppes financières entre le secteur privé et le secteur public complique également toutes les opérations de restructuration.

Enfin, alors que l'un des objectifs récurrent des réformes étaient de donner un nouvel élan au service public et de rétablir

l'équilibre entre les deux secteurs d'hospitalisation, force est de constater que la réduction des lits de MCO<sup>3</sup> a renforcé la spécialisation entre public et privé. La chirurgie se concentre désormais dans le secteur privé, qui réalise 53 % des séjours chirurgicaux pour 27 % des lits MCO. La médecine est quant à elle concentrée à l'hôpital public, qui prend en charge 80 % des séjours avec 63,5 % des lits MCO<sup>4</sup>. Jean-Pierre Claveranne et David Piovesan présentent ainsi les spécificités organisationnelles et gestionnaires de la clinique privée française, qui est un objet qui jusqu'à présent a peu été investi par les recherches en management.

### 3. « L'hôpital schizophrène »

La crise que subit l'hôpital aujourd'hui peut être représentée de plusieurs façons. L'explosion du nombre de passages aux urgences en est sans doute l'une des expressions les plus marquantes (+50 % en 8 ans). La démographie médicale laisse également imaginer aujourd'hui quelles seront les pénuries de demain et les conséquences organisationnelles sur les établissements de santé : le nombre d'internes a chuté de 56 % depuis 1984, la durée moyenne d'exercice salarié à l'hôpital est stable depuis la même date autour de 16 années dont 11 pour les chirurgiens<sup>5</sup>.

Mais surtout, cette crise hospitalière se manifeste aujourd'hui par des revendications catégorielles fortes qui débordent des cadres classiques et institués d'expression du mécontentement par leur spontanéité et leurs logiques difficiles à repérer. Plus glo-

3. Médecine, chirurgie, obstétrique.

4. Données DREES, ministère de la Santé, décembre 1999.

5. Données DREES, ministère de la Santé, septembre 2002.

bablement, la crise de l'hôpital renvoie à une difficulté majeure des organisations de notre temps, la difficulté du « faire-ensemble », par-delà les citadelles, les corporatismes, les cloisonnements et les revendications. La crise que connaît l'hôpital est une crise parmi d'autres sur fond de crise généralisée, crise des structures, crise des identités, mais aussi crise du sens et crise de la gouvernance. Cette crise est le fruit des crises sociétales qui traversent le monde d'aujourd'hui et conduisent à faire de l'institution hospitalière le lieu d'interrogations panoramiques :

- interrogations sur le coût sociétal de l'institution ;
- interrogations de la communauté française dans son ensemble, sur la solidarité et ses limites ;
- interrogations du malade sur le service reçu ;
- interrogations des médecins sur leurs savoirs, la fin ou l'atténuation d'une certaine aura et sur leur pouvoir de plus en plus contesté.

Dans ce contexte, l'hôpital se voit ainsi contraint de faire en permanence le grand écart pour assurer ses missions : grand écart dans l'éventail des services offerts, grand écart de l'accueil, grand écart entre la pathologie courante et la pathologie rare, grand écart enfin, entre le souci conjoint ou antagonique d'une « bonne gestion » et « d'une bonne médecine ». L'histoire de la qualité à l'hôpital en est une bonne illustration. L'article de Stéphane Fraisse, Magali Robelet et Didier Vinot, prend ainsi les démarches qualité comme support, presque comme prétexte, pour analyser les liens et les difficultés à traduire les politiques hospitalières par le management des établissements, qui eux-

mêmes voient leurs marges de manœuvre quasi réduites à l'efficacité de leurs discours, face à des professionnels toujours plus spécialisés. Étienne Minvielle, de son côté, s'appuie, dans un article complémentaire, sur l'histoire des démarches qualité à l'hôpital en analysant en quoi l'exportation de concepts gestionnaires dans le champ sanitaire est problématique, oscillant entre transfert *ad hoc* et méconnaissance des logiques sous-jacentes aux bureaucraties professionnelles.

Cette mise en tension, progressivement développée depuis la fin des années 1970 place aujourd'hui l'hôpital à la croisée des chemins.

## **II. – QUEL REBOND ? DU MÉNAGEMENT AU MANAGEMENT...**

Si, comme dans la plupart des organisations, tout le monde s'accorde à l'hôpital pour partager le diagnostic sur les dysfonctionnements, il n'en reste pas moins que la question des méthodes suscite, quant à elle, conflits, antagonismes et résistances. Du rêve au projet, seule la volonté politique de porter le changement peut permettre de passer du ménagement au management.

Une telle perspective impose aux acteurs d'aborder les questions centrales, celles des statuts, des rémunérations, des responsabilités, des modes d'organisation et des modes de management. Il s'agit alors de trouver des leviers d'action afin de réformer pas à pas l'hôpital en dépit des résistances. Cet hôpital de demain s'articule autour d'un mode de management renouvelé dont les maîtres mots sont : subsidiarité, expérimentation, leviers d'action, volontariat, contractualisation, évaluation. Il doit être

fondé sur des objectifs précis, contextualisés, hiérarchisés, mesurables et évaluables : par exemple, développer la chirurgie, désengorger les urgences, réduire le temps d'attente, attirer de jeunes médecins, fidéliser le corps médical, diminuer les actes inutiles et redondants, etc.

Les outils à la disposition du directeur-manager sont particulièrement nombreux, qu'il s'agisse des dispositifs déjà existants, tels que le PMSI, dont on est loin d'avoir exploité toutes les potentialités en termes d'aide à la décision mais aussi des outils encore peu utilisés dans le champ hospitalier comme l'analyse des processus, le benchmarking, l'analyse de la valeur, la contractualisation interne si tant est qu'ils soient adaptables et adaptés au contexte spécifique du secteur.

Christophe Pascal prend ainsi l'exemple de la gestion par processus à l'hôpital pour

montrer en quoi elle dessine de nouveaux contours autour des prises en charges des patients en redonnant un sens renouvelé à la constitution de la valeur des soins. De leur côté, Gérard de Pourville et Joseph Tedesco rendent compte, dans une perspective critique, des formes de contractualisation interne dans les établissements hospitaliers publics.

Enfin, l'utilisation des plus beaux, des plus sophistiqués, des plus performants des outils n'est rien sans la conception et la mise en œuvre d'un dispositif d'évaluation *ad hoc* permettant de mesurer de façon permanente et opérationnelle l'écart entre résultats attendus et résultats obtenus, de façon à agir au plus vite sur les leviers d'action pour corriger les éventuelles déviations et mettre la gestion au cœur du pilotage des systèmes de santé.

## LES CHIFFRES-CLÉS DU SYSTÈME DE SANTÉ FRANÇAIS

### *Dépenses de santé en France en 2001 :*

10,1 % du PIB (1<sup>er</sup> de l'Union européenne), soit 148 milliards d'euros.

2437 euros par personne et par an, avec un taux de croissance en valeur de 5,8 % par an.

L'hospitalisation représente 50 % des dépenses de santé.

### *Nombre d'établissements de santé en 2002 en France :*

1 058 établissements publics, 3 145 établissements privés.

1 million de personnels de santé.

En libéral :

114 000 médecins (50 % de spécialistes),

37 000 dentistes,

40 000 masseurs kinésithérapeutes,

35 000 pharmaciens,

4 000 laboratoires d'analyses médicales.