

Confessions et convictions  
d'une directrice d'hôpital

Auteure : Elisabeth  
de Laroche Lambert

Éditeur : Presses de l'EHESP

Nombre de pages : 182

Prix : 16 euros

## Immersion au cœur du management hospitalier

Après quarante ans de carrière dans le monde hospitalier, l'ancienne directrice d'hôpital Elisabeth de Laroche Lambert livre un témoignage en forme de passage de relais aux nouvelles générations de cadres hospitaliers. Celle qui est aujourd'hui secrétaire générale de l'École des hautes études en santé publique (EHESP) s'interroge sur la conciliation des termes d'« efficacité » et de « qualité » dans les pratiques managériales. « *Il reste aux managers de prouver que concilier ces deux exigences n'est pas tenter de réussir la quadrature du cercle* », souligne-t-elle.

Mais c'est la mise en œuvre progressive, à partir de 2002, de la tarification à l'activité (T2A), mode de financement unique s'appliquant désormais aux établissements de santé publics et privés, qui a provoqué un véritable séisme au sein du monde hospitalier public : dès lors que les recettes perçues par l'hôpital sont calculées non plus sur le nombre de journées mais sur le séjour du patient quelle qu'en soit sa durée, l'hôpital se doit de revoir totalement ses modes de fonctionnement.

C'est donc dans un contexte de crise économique majeure, de profonde innovation dans les technologies dont disposent les professionnels de santé pour prendre en charge les patients, y compris à distance, et de gestion d'un état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) très encadré, que le manager hospitalier doit aujourd'hui porter la stratégie de son établissement et entraîner ses équipes dans son sillage.

Comment parvenir non pas à survivre au séisme, mais à revivre, rebâtir et se développer après celui-ci, sans désespérer les professionnels qui s'impliquent au quotidien et en progressant dans la qualité de prise en charge des patients ?

Il est important que les plus jeunes managers gardent bien à l'esprit ce changement radical de paradigme, afin de comprendre le découragement, voire la révolte des personnels lorsqu'ils abordent le sujet toujours complexe des perspectives budgétaires à définir pour les années « N + 1 et suivantes » !

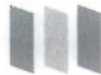
« On n'est pas contre le fait de faire des efforts, on en comprendrait le sens si, malgré ceux déjà réalisés, on ne nous demandait pas, d'année en année, d'en faire de nouveaux. » Cette incompréhension est souvent formulée, y compris par les managers.

La frustration naît de la crainte de ne plus répondre qualitativement aux besoins du patient, *a fortiori* dans un contexte sociétal de vieillissement de la population et d'augmentation des patients dits « chroniques ».



« La santé n'a pas de prix » : ce slogan aurait pu être repris jusqu'au début des années 1980 en exergue des succincts dossiers budgétaires venant en appui des rapides échanges intervenant annuellement entre les directions hospitalières et leur tutelle. Une simple notification d'arrêtés fixait les prix de journée à appliquer pour chacune des disciplines présentes dans la structure, fruits du calcul des charges pesant sur elle. Pour un même séjour, ce mode de financement particulièrement inflationniste permettait de multiplier le prix de la journée par le nombre de jours de présence du patient : pas besoin d'un long développement pour convaincre que ce système n'incitait à aucun effort de réflexion sur la pertinence du parcours de celui-ci !

« La santé n'a pas de prix, mais elle a un coût » : la seconde étape, intervenue en 1983 avec la réforme portant sur la mise en place du budget global, a eu le mérite d'une prise de conscience de la nécessité d'encadrer les dépenses hospitalières selon une méthode ainsi résumée : application d'un taux de croissance autorisé, sur la base non remise en cause du montant des journées d'hospitalisation réalisées lors de l'exercice précédent.



En avril 2016, Hospimedia, le média en ligne des décideurs du sanitaire et du médico-social, résumait ce ressenti par cette formule percutante : "L'hôpital entre éthique et coup de rabot". C'est pourquoi, plus que jamais, dans ce contexte, l'expression "donner du sens à l'efficacité", à laquelle je crois et que j'ai toujours défendue, prend, précisément, tout son sens. Utilisée dans les années 1970 dans le cadre de la recherche d'une meilleure efficacité énergétique, l'expression "chasse au gaspi" a rapidement fait florès dans le milieu hospitalier, qui se l'est appropriée pour évoquer les premières orientations qui s'imposaient à lui en matière d'économies. Celles-ci ne portaient, à l'époque, que sur les dépenses de fonctionnement courant et faisaient appel à l'imagination de chacun pour proposer à la directrice des services économiques et financiers que j'étais alors quelques astuces, acceptées avec empressement, pour réduire les dépenses inutiles. C'est ainsi que j'avais intitulé "Opération écoreuil" la visite régulière que j'effectuais dans les unités de soins pour vérifier, en compagnie de ma fidèle intendante issue du monde soignant, que les stocks intermédiaires constitués dans les réserves officielles de ces unités n'excédaient pas de manière outrancière les besoins en petit matériel nécessaires à la réalisation des soins dans de bonnes conditions. Jusqu'au jour où je découvre, dans les faux plafonds d'une de ces unités, une réserve "sauvage" perturbant le bon suivi des stocks, mais, surtout, facteur de risque pour la sécurité incendie du service et donc du bâtiment de pédiatrie concerné... Cet exemple caricatural démontre le caractère totalement suranné et simpliste des méthodes de gestion d'une époque après tout pas si lointaine. Des relations professionnelles reposant sur la confiance réciproque doivent aujourd'hui prévaloir si l'on veut entraîner avec soi toute une communauté dans les efforts difficiles qui lui sont demandés. À la "chasse au gaspi", devenue rapidement insuffisante, succéderont plan "économies de gestion", plan "de retour à l'équilibre", plan "efficacité et amélioration de la performance", ce dernier faisant pour la première fois référence à deux exigences concomitantes : l'équilibre financier et la qualité du résultat. Au cours des premières années d'application du régime de financement hospitalier à l'activité, les efforts d'équilibre interne que j'ai pu faire accepter et adopter par la communauté ont porté sur la réorganisation des activités dites "support", toutes celles qui accompagnent le cœur du métier hospitalier, c'est-à-dire le soin pour les structures non universitaires, auquel s'ajoutent l'enseignement et la recherche pour les autres. L'AP-HP s'était dotée d'un slogan autour duquel toutes les valeurs des métiers se retrouvaient : "Le

malade est au cœur de notre action". Je pouvais annoncer, avec un réel soulagement, que la suppression des emplois notifiée à la direction de l'hôpital par sa tutelle ne porterait que sur des postes devenus vacants dans les secteurs administratifs, logistiques et techniques. Ainsi, dans cette première phase, les emplois médicaux et soignants étaient épargnés, objectif auquel il fallut bien renoncer dans les années 2010, les premiers efforts, pourtant importants, se révélant insuffisants pour répondre aux effets de la T2A sur les budgets hospitaliers.

J'ai encore en mémoire ce comité exécutif de l'Hôpital européen Georges-Pompidou au cours duquel je devais annoncer aux chefs de pôle l'énorme effort à nouveau attendu pour tenter de résorber le déficit de la structure qui, depuis son ouverture, représentait à lui seul le tiers de celui de toute l'institution, pour de multiples raisons qui mériteraient à elles seules la rédaction d'un ouvrage... Unaniment, nous avons décidé de répondre à cette obligation par un effort de restructuration majeure, en proposant le

« Les efforts que j'ai pu faire accepter et adopter par la communauté ont porté sur la réorganisation des activités dites "support". »

rapatriement des derniers services de prévention et réadaptation de l'hôpital Broussais vers l'Hôpital européen Georges-Pompidou et l'hôpital Corentin-Celton, futur partenaire du groupe hospitalier Paris Ouest en cours de constitution.

Rapatrier ces activités dans des hôpitaux dont tous les espaces étaient répartis (parfois avec largesse) entre les disciplines déjà existantes, nécessitait une volonté, un courage et surtout une solidarité autre que de façade de la part du binôme directeur/président de la communauté médicale. Celui-ci a mené jusqu'au bout, avec l'appui d'une grande majorité de la communauté, cette délicate opération de restructuration.

Cet exemple d'action difficile mais porteuse de sens illustre parfaitement la direction à donner à l'efficacité attendue de la gestion managériale hospitalière. Mais pour y parvenir, comme dans le cas d'espèce, le consensus est à trouver non seulement au sein de l'hôpital, mais aussi avec les composantes externes à celles-ci, notamment politiques, un pari souvent ô combien compliqué à relever !

