

Bernard Granger

## L'AP-HP dans la tempête

La discussion parlementaire de la loi Hôpital, patients, santé et territoires (HPST) adoptée en juin 2009 a révélé la profonde crise que traverse l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP). Cet épisode législatif et le contexte économique dans lequel il est survenu ont aggravé les tensions qui pèsent depuis longtemps sur cette institution. Nous allons essayer d'exposer les tenants et les aboutissants de cette crise, du point de vue subjectif d'un médecin travaillant à l'AP-HP depuis 1983, mais aussi en nous appuyant sur des chiffres, des faits, des textes.

Tous les personnels de l'AP-HP éprouvent une fierté particulière de travailler dans cet ensemble hospitalier unique. Cette fierté repose d'abord sur certains épisodes glorieux de l'histoire de cette institution où, depuis sa création en 1849, de nombreuses premières médicales ont eu lieu, où de nombreux médecins et chirurgiens se sont illustrés par leurs découvertes et leurs prouesses, de Jean Martin Charcot à Laurent Lantieri, en passant par Robert Debré, Jean Dausset, Georges

Mathé, Christian Cabrol, Alain Carpentier, pour citer seulement certains noms connus du grand public. Jamais surtout on ne mesurera à leur juste valeur l'immensité des talents et l'extrême dévouement de tous ceux qui sont au contact des malades soignés à l'AP-HP.

Cette fierté tient aussi à la vocation de l'AP-HP et de l'hôpital public plus généralement qui accueillent tous les patients, sans restriction, à commencer par les plus pauvres et les plus atteints par la maladie.

Cette fierté est liée enfin à la taille et aux moyens imposants de l'AP-HP. Elle est souvent présentée comme le premier centre hospitalo-universitaire d'Europe et le premier employeur d'Île-de-France. Elle compte actuellement 90 000 personnels, dont 20 000 médecins (en comptant ceux qui travaillent à temps partiel), et 48 000 soignants, 37 hôpitaux et plus de 700 services, 22 500 lits, dont 14 000 pour les soins aigus. Son budget était de 6 milliards d'euros en 2010, avec un déficit d'environ 100 millions

---

Bernard Granger, professeur de psychiatrie à l'Université Paris-V – René Descartes et praticien hospitalier à l'AP-HP (hôpital Cochin-Tarnier), est secrétaire du Mouvement de défense de l'hôpital public.

---

(1,7 %). Ses 37 hôpitaux sont répartis non seulement dans Paris *intra-muros* mais également en banlieue. Certains établissements sont même aux extrémités du pays, à Berck ou à Hendaye. L'activité annuelle est de 4 millions de consultations, 1 million de passages aux urgences, 1 million d'hospitalisations.

Cette situation prépondérante de l'AP-HP dans le paysage hospitalier français est quantitative, mais elle est aussi qualitative, si l'on considère la notoriété de ses équipes cliniques ou le niveau de leurs travaux de recherche. Plus de la moitié des centres français de référence pour les maladies rares sont à l'AP-HP, où sont réalisées aussi 30 % des greffes effectuées en France. Près de 70 % des publications médicales françaises parues dans les meilleures revues internationales proviennent de l'AP-HP, qui entretient des liens étroits avec les équipes de recherche de l'INSERM et du CNRS.

---

« Une administration brejnévienne »

---

L'organisation des structures médicales de l'AP-HP a beaucoup évolué au cours de ces derniers trente ans. En 1983, on comptait trois niveaux d'organisation : le service, l'hôpital, l'AP-HP. L'administration centrale, le siège de l'AP-HP, se situe avenue Victoria, dans le IV<sup>e</sup> arrondissement, face à la mairie de Paris. Elle a à sa tête un directeur général nommé en Conseil des ministres.

À ces trois niveaux, s'en sont ajoutés cinq :

- les unités fonctionnelles, unités élémentaires de l'organisation hospitalière instaurée par la loi hospitalière de 1991 (les services deviennent alors composés d'unités fonctionnelles) ;
- les groupes hospitalo-universitaires, instaurés par Mme Rose-Marie Van Lerberghe à

son arrivée en 2002 comme directrice générale (l'AP-HP est alors divisée en quatre groupes hospitalo-universitaires, Nord, Sud, Est et Ouest, dans un souci d'harmoniser les choix stratégiques par secteur géographique) ;

- les pôles, créés par les ordonnances du 2 mai 2005 : ce sont des regroupements de services dans une perspective principalement gestionnaire ;

- les groupes hospitaliers, mis en place en 2010 par le successeur de Mme Rose-Marie Van Lerberghe, M. Benoît Leclercq, directeur général de 2006 à 2010 (douze groupes hospitaliers regroupent les 37 hôpitaux de l'AP-HP) ;

- tout cela sous la tutelle de l'Agence régionale de santé d'Île-de-France (ARSIF) depuis la loi HPST de 2009, alors que précédemment la tutelle était directement exercée par le ministère de la Santé. La loi HPST a fait entrer l'AP-HP dans le droit commun, ôtant à son siège beaucoup de son pouvoir et de sa justification.

Ainsi, le « mille-feuilles bureaucratique » s'est largement épaissi. Dans un effort de simplification, huit ans après leur création, les groupes hospitalo-universitaires viennent d'être supprimés par la nouvelle directrice de l'AP-HP, Mme Mireille Faugère, nommée à l'automne de 2010. Il reste malgré tout sept niveaux d'organisation au lieu de trois il y a encore vingt ans.

Il est frappant de constater que les deux entités auxquelles se réfèrent les patients et les soignants, services et hôpitaux, sont celles qui n'ont quasiment plus d'existence légale : les services doivent s'effacer devant les pôles, les hôpitaux devant les groupes hospitaliers.

La loi HPST définit des territoires de santé. L'ARSIF, dirigée par M. Claude Evin, a décidé de créer autant de territoires de santé que de départements, si bien que l'AP-HP se trouve présente dans tous les territoires de santé d'Île-de-France,

mais que certains de ses groupes hospitaliers sont à cheval sur deux territoires de santé, par exemple l'hôpital européen Georges-Pompidou et l'hôpital Cochin-Celton font partie du même groupe hospitalier, mais l'un est à Paris, l'autre dans les Hauts-de-Seine. On pourrait citer aussi l'hôpital Bichat et l'hôpital Beaujon.

À ces différentes subdivisions administratives, il faut ajouter la partition liée aux facultés de médecine, qui, inversement, ont simplifié leur découpage. Depuis 2000, les onze facultés de médecine d'Île-de-France se sont regroupées en sept facultés. Il est même envisagé un regroupement en trois ou deux facultés. Mais ces subdivisions universitaires ne recoupent pas les subdivisions administratives citées plus haut. On ne comprend pas que l'AP-HP, dont le fait de constituer le Centre hospitalier universitaire d'Île-de-France reste une des rares justifications de son unité, soit si éloignée des facultés de médecine dans son organisation et sa gouvernance.

Cette organisation, que l'on pourrait qualifier de baroque, est source de conflits, d'oppositions, de lenteurs administratives et d'une inflation de niveaux de décision aboutissant souvent à une absence de décisions : plus on est nombreux à décider, moins on décide. Parmi les abondantes statistiques fournies par l'AP-HP manquent celles concernant les réunions inutiles que cette organisation inefficace suscite, ou les délais pour qu'un arbitrage soit rendu. Dans ce domaine aussi, l'AP-HP serait championne hors catégorie.

La centralisation imposée par l'avenue Victoria est une autre source d'inefficacité de l'AP-HP. Alors que l'on pourrait imaginer un fonctionnement selon un principe de subsidiarité laissant le maximum d'autonomie aux hôpitaux et aux services, le siège de l'AP-HP, avec ses innombrables fonctionnaires (il n'est pas possible d'en donner un décompte précis – disons 2 000),

cherche à tout contrôler. Il est impossible aux hôpitaux de prendre des initiatives ou des décisions avant d'avoir reçu l'autorisation préalable du siège. Inversement, les décisions du siège ne sont pas toujours appliquées dans les hôpitaux, sans que cela gêne personne.

Un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de 1999 s'était demandé quelle était l'utilité du siège de l'Assistance publique. Plus récemment, un rapport de la Chambre régionale des comptes se posait la même question<sup>1</sup>. Les médecins de l'AP-HP se la posent tous les jours. Le problème n'est pas nouveau puisqu'on attribue cette formule à un ancien doyen de la faculté de médecine de Paris, le professeur Léon Binet (1891-1971) : « Réforme de l'Assistance publique. Article 1 : le siège de l'Assistance publique est supprimé. Article 2 : les malades continuent d'être soignés dans les hôpitaux comme d'habitude. »

Certes, si l'on considère qu'il faut une harmonisation de la politique entre les différents hôpitaux et que certaines décisions stratégiques relèvent de l'institution dans son ensemble, on peut se demander s'il est utile qu'un organe central, qui n'a fait que s'hypertrophier au cours de ces dernières années, exerce un contrôle aussi étroit sur la moindre décision.

1. Rapport de la Chambre régionale des comptes d'Île-de-France, Organisation des soins à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris, février 2010, p. 13 : « Les charges que représentent les services du siège de l'AP-HP ont été valorisées à hauteur de 65 millions d'euros et celles relatives à la mise en place du schéma cible à 11 millions d'euros. On peut donc considérer que le coût du pilotage de l'ensemble de l'institution est de 76 millions d'euros en 2007. Il est cependant difficile d'apprécier la valeur ajoutée des structures qui y participent, notamment en raison de l'existence parallèle de directions fonctionnelles de plein exercice au sein de chaque hôpital. » Traduction : ces 76 millions d'euros que coûte le siège de l'AP-HP ne seraient-ils pas du pur gaspillage ? Les administratifs n'ont que le mot de doublon à la bouche lorsqu'il s'agit de supprimer des services ou des activités médicales. À quand la suppression des doublons administratifs ?

Bernard Granger  
L'AP-HP dans la tempête

Le corps médical s'était étonné en 2010 du nombre particulièrement élevé de personnels de direction affectés au siège de l'Assistance publique, plus de trois cents. Interpellé, le directeur général a répondu qu'en réalité ces personnels de direction n'étaient pas des directeurs pour la plupart, mais que cette statistique, pourtant officielle, comportait des médecins du travail et surtout des chargés de missions (sans préciser lesquelles), et que le nombre de directeurs proprement dits affectés au siège de l'AP-HP était de cent trente. Cent trente seulement !

Il y a plus grave : dans sa mission d'harmonisation et de définition de la politique médicale, le siège est l'endroit de toutes les pressions, de toutes les combines, de tous les copinages, de toutes les interventions, si bien que le processus de décision y est totalement opaque. Il n'y a pas non plus de règles pour l'attribution des moyens ou, lorsqu'il y en a, elles changent en permanence et souffrent constamment d'exceptions. Ancien président d'université et ancien chef de service à l'hôpital Saint-Antoine, le professeur Gilbert Béréziat a pu écrire dans une tribune publiée par *Libération* que le siège de l'Assistance publique était « la dernière administration brejnévienne d'Europe<sup>2</sup> ». Il est indéniable que cette « pieuvre administrative » représente un lourd handicap pour l'Assistance publique.

Comment s'étonner, dès lors, que les grandes opérations de restructuration ne se terminent pas toujours très bien. Il y a déjà eu le cas de l'hôpital européen Georges-Pompidou, un des plus déficitaires des hôpitaux de l'AP-HP<sup>3</sup>. En matière d'investissements lourds, le projet phare est actuellement la construction du bâtiment Laennec à l'hôpital Necker-Enfants malades. Le projet de ce bâtiment remonte à plus de vingt ans. Il faudrait un roman pour raconter les innombrables obstacles qui se sont dressés pour empê-

cher sa réalisation. Le bâtiment Laennec devrait ouvrir fin 2012 ou en 2013. Faute d'un projet médical bien conçu, son utilisation se révèle problématique. En raison du surdimensionnement de ce bâtiment, il était question de supprimer la pédiatrie spécialisée de l'hôpital Trousseau, autrement dit d'affaiblir un hôpital performant pour éviter un scandale aux Enfants malades. Comment s'étonner de la réaction des pédiatres de Trousseau en 2010 et des remous médiatico-politiques autour de la réorganisation de la pédiatrie spécialisée parisienne ? Cette affaire, une parmi beaucoup d'autres, est exemplaire des défauts de fonctionnement de l'AP-HP.

Certains espéraient que la nouvelle directrice générale nommée en septembre 2010 allait s'attaquer à cette insupportable impérite, mais ses premières initiatives ont manqué de souffle et il a fallu vite déchanter<sup>4</sup>.

---

### Des tensions budgétaires préoccupantes

---

La situation financière de l'Assistance publique n'est pas excellente. Son endettement cumulé est relativement élevé. Il est passé de 1,2 milliard

2. Gilbert Béréziat, « L'Assistance publique, grand corps malade », *Libération*, 25 février 2010.

3. Dans son livre polémique *Les Scandales des hôpitaux de Paris et de l'hôpital Pompidou* (Le Cherche-Midi, 2001), le professeur Philippe Even, doyen de la faculté de médecine Necker de 1988 à 2000, écrivait déjà (p. 12) : « L'échec de l'hôpital européen Georges-Pompidou n'est qu'un exemple, aujourd'hui le plus visible, du non-professionnalisme de la direction générale et plus encore des aberrations de structure de l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris et de l'État qui les pérennise. » Il place en exergue de son livre cette phrase du prince de Ligne : « Il y a des administrations qui coûtent plus cher que si on y volait. »

4. Il est reproché par exemple à la nouvelle directrice générale, venue de la SNCF où régnait le slogan « À nous de vous faire préférer le train », d'avoir adopté pour l'institution qu'elle dirige désormais le slogan « Faire préférer l'AP ».

d'euros en 2007 à 2,2 milliards en 2010 et va encore se creuser en 2011. Certes, l'AP-HP peut se targuer d'une excellente notation financière devant les organismes de crédit auprès de qui elle emprunte, mais, comme le rappelle le rapport 2010 de la Cour des comptes sur la Sécurité sociale, cette notation est liée tout simplement au fait que c'est l'État français qui est garant des emprunts, et non l'AP-HP, qu'aucun gouvernement ne laisserait en faillite<sup>5</sup>.

Pendant très longtemps, comme l'ensemble des hôpitaux, l'Assistance publique a été financée sans frein, selon le prix de journée. En 1983, la dotation globale de fonctionnement, appelée plus communément « budget global », a été instaurée pour essayer de limiter l'expansion des dépenses de santé. L'AP-HP, pour diverses raisons, a été particulièrement dotée. Considérée comme un État dans l'État, ayant l'oreille des déci-deurs, elle a été jalouée par les autres hôpitaux en raison des moyens avantageux dont elle disposait.

Mais sa situation financière a inquiété les pouvoirs publics. Mme Rose-Marie Van Lerberghe, directrice générale de l'AP-HP de 2002 à 2006, a été nommée pour mettre en place un plan de restructuration et un programme de retour à l'équilibre budgétaire. Lorsqu'elle a « quitté le navire », l'AP-HP était à l'équilibre financier<sup>6</sup>. En réalité, s'il y a eu des efforts, des suppressions d'emplois, des réorganisations, notamment au niveau des plateaux techniques, l'endettement ne s'est pas réduit et les efforts accomplis ont été récompensés par une dotation exceptionnelle de la tutelle ministérielle.

Un grand retard a été pris dans le programme d'investissement, notamment en ce qui concerne les équipements lourds, nécessaires à la pratique d'une médecine de pointe, et les locaux dans lesquels sont accueillis les patients. Certains hôpitaux ne sont pas aux normes incendie,

d'autres ont nécessité des travaux de rénovation importants, d'autres ont été laissés à l'abandon, si bien que les patients sont actuellement soignés dans des conditions hôtelières qui ne sont pas toujours dignes. L'exemple le plus frappant à cet égard est celui de l'Hôtel-Dieu. Depuis quinze ou vingt ans, sa fermeture est à l'étude car il est vétuste et sa rénovation serait trop coûteuse. Mais l'institution n'arrive jamais à prendre de décision claire, jamais n'arrive à proposer aux services installés à l'Hôtel-Dieu des solutions alternatives à la mort lente.

Cette carence de vision à long terme tient en partie probablement au fait que les directeurs généraux successifs de l'Assistance publique ne sont pas toujours préparés à exercer cette fonction et surtout savent qu'ils vont occuper leur poste pendant une courte période. Ce sont parfois de hauts fonctionnaires que l'on « recase » à l'Assistance publique à l'occasion d'une alternance politique. Aucun des directeurs généraux des trente dernières années n'a laissé de traces aussi marquantes que Gabriel Pallez, resté directeur général seize ans, de 1969 à 1985. Ses différents successeurs ne sont jamais restés en poste plus de cinq ans. Le cas de M. Benoît Leclerc, directeur général de 2006 à 2010, est particulier dans la mesure où pour la première fois l'Assistance publique était dirigée par quelqu'un issu du corps des directeurs d'hôpital. M. Benoît Leclerc a effectué une carrière remarquable en province, ayant dirigé les centres hospitaliers de Dijon, de Nancy et les Hospices civils de Lyon. Il s'est heurté dans ses fonctions parisiennes à un contexte politico-économique tendu, mais son style bougon et ses difficultés à dialoguer ont rendu catastro-

5. Cour des comptes, Rapport sur la Sécurité sociale, septembre 2010, p. 280.

6. « Rose-Marie Van Lerberghe quitte l'AP-HP sur un bilan positif, mais inachevé », *Les Échos*, 12 septembre 2006.

phiques les derniers mois qu'il a passés à l'AP-HP. Son « limogeage » avait été annoncé par la presse en mars 2010, avant son départ effectif pour la Cour des comptes en septembre 2010, si bien que le fusible a « cramé » pendant six mois avant de sauter.

Reconnaissons qu'il a été victime de circonstances très contraignantes. Il a été soumis à l'impératif du retour à l'équilibre budgétaire d'ici 2012, impératif irréaliste et précipité en raison du calendrier électoral. Ce retour à l'équilibre budgétaire, louable dans l'absolu, se fait dans des conditions particulièrement défavorables pour l'Assistance publique en raison de l'instauration de la tarification à l'activité (T2A), des convergences intra- et intersectorielles, à cause, enfin, du retard pris en matière d'investissements.

Après la dotation globale de 1983, la T2A a été introduite en 2005 comme base de calcul des recettes des hôpitaux, à l'imitation de ce qui se faisait dans beaucoup de pays étrangers. La T2A a été qualifiée de « modèle opaque d'allocation de ressources » par la Cour des comptes<sup>7</sup>. Elle introduit dans les hôpitaux le paiement à l'acte, qui est inflationniste car ce n'est pas la qualité des actes qui est valorisée mais leur quantité. Dans la perspective commerciale instaurée par ce mode de tarification, pour augmenter leurs recettes, les hôpitaux sont tentés de pratiquer des actes inutiles mais rentables, de développer les activités les plus profitables au détriment d'autres activités pourtant utiles, et même de tricher sur la codification des actes<sup>8</sup>. De plus, appliquer une logique industrielle à l'activité médicale hospitalière confine à l'absurde. Pour mieux refléter la réalité si diverse des situations de soins, la classification des groupes homogènes de malades sur lesquels est fondée la T2A ne compte pas moins de 2 291 rubriques depuis 2009, contre 780 précédemment.

En réalité, c'est une fausse tarification à l'activité car elle est contrainte par l'enveloppe globale votée chaque automne par le Parlement dans la loi de financement de la Sécurité sociale. L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixe des limites budgétaires qui justifient un nouveau calcul de la valeur des actes en fonction de leur quantité pour que l'enveloppe ne soit pas dépassée. Cela veut dire, en simplifiant, que si tous les hôpitaux augmentaient leur activité de 10 % (dans son budget prévisionnel 2011, la direction économique et financière de l'AP-HP prévoit une augmentation de ses recettes de 10 %, et beaucoup d'hôpitaux en font autant) ils obtiendraient uniquement une augmentation de recettes proportionnelle à l'augmentation de l'ONDAM hospitalier<sup>9</sup>.

Le dernier ONDAM hospitalier prévoit une augmentation de 2,7 % en 2011 par rapport à 2010. Les hôpitaux subissent des augmentations

7. Cour des comptes, Rapport sur la Sécurité sociale, septembre 2009, p. 174.

8. Rapport 2010 au Parlement sur la tarification à l'activité (T2A), ministère de la Santé, novembre 2010 : « Les campagnes 2007, 2008 et 2009 ont donné lieu à des récupérations d'indu pour, respectivement, 26 M€, 14 M€ et 30 M€, et pour les deux secteurs d'hospitalisation de court séjour, à des sanctions financières proposées aux commissions exécutives (COMEX) des anciennes ARH, pour un montant de 4 M€ en 2007, de 14 M€ en 2008 et de l'ordre de 42 M€ en 2009. Ils permettent également de sensibiliser les établissements à la nécessité d'établir un codage sincère et conforme à la réglementation en vigueur. »

9. Cour des comptes, Rapport sur la Sécurité sociale, septembre 2010, p. 281 : « Un nombre frappant de projets d'établissement ou de plans de retour à l'équilibre financier (PREF) ont tablé sur le développement de l'activité de l'hôpital concerné. Ce parti pris, qui n'a pas souvent été contredit par la tutelle, est sans doute plus facile à adopter qu'un programme de réduction des coûts. Mais sa généralité pose deux problèmes. D'une part, il suppose une demande globale de soins hospitaliers plus extensible qu'elle ne l'est sans doute ou bien il néglige la réalité concurrentielle. D'autre part, il semble faire peu de cas du mode de construction de l'ONDAM, qui tend à compenser par une baisse des tarifs l'impact d'une augmentation nationale des volumes. Aussi, avec le recul, le constat le plus fréquent est-il que les prévisions d'extension de l'activité n'ont pas été réalisées. »

mécaniques de leurs dépenses liées à l'augmentation de la masse salariale en fonction des indices et des carrières, et à l'augmentation des frais de fonctionnement par le jeu de l'inflation. Cette faible augmentation de l'ONDAM place automatiquement une majorité d'établissements hospitaliers publics en déficit<sup>10</sup>.

La convergence tarifaire intrasectorielle, qui s'applique entre les différents hôpitaux publics et qui doit s'achever en 2012, pénalise l'AP-HP historiquement mieux dotée. Elle lui a fait perdre 40,9 millions d'euros de recettes en 2009, et lui en fera perdre 81,8 de 2010 à 2012<sup>11</sup>.

D'autres éléments ont pesé sur les finances de l'Assistance publique. Le montant des recettes non recouvrées est considérable : il est estimé à 50 millions d'euros par an, soit la moitié du déficit enregistré en 2010. L'administration s'est engagée à faire des efforts sur ce point. Il était temps. Les investissements informatiques à hauteur de plusieurs centaines de millions d'euros pour le nouveau système d'information de l'AP-HP paraissent démesurés : nous sommes peut-être à l'aube d'un nouveau scandale de dilapidation de deniers publics. La gestion du parc immobilier considérable de l'Assistance publique, un des premiers propriétaires immobiliers de la Ville de Paris, n'est pas optimale, sans parler des multiples appartements de fonction dont dispose l'administration. Ces appartements, dont l'entretien est très coûteux, sont attribués dans des conditions particulièrement opaques et discutables. Ils représentent pour leurs heureux bénéficiaires un privilège de plus en plus difficile à justifier : on comprend qu'au XIX<sup>e</sup> siècle le directeur d'hôpital ait eu besoin de loger sur place, au XXI<sup>e</sup> siècle, on le comprend moins en raison des moyens modernes de locomotion et de communication.

La T2A est un système complexe mais qui a

pour principal défaut de s'appliquer au plan national de façon uniforme sans tenir compte des particularités de chaque hôpital, de sa taille, de la vétusté de ses locaux, du type de patients soignés, du caractère universitaire ou non de l'hôpital, de ses activités de recherche. Il y a deux moyens de corriger ces différences, la première est la dotation complémentaire sous forme de MIGAC (Mission d'intérêt général et aide à la contractualisation). Mais ces MIGAC, qui servent de plus de variable d'ajustement en cas de dépassement de l'ONDAM, ne sont pas calculées de façon équitable<sup>12</sup>. L'autre est de modifier la T2A pour tenir compte de certaines caractéristiques des hôpitaux.

Si la T2A peut paraître adaptée pour des actes très techniques, répétitifs et bien calibrés, pour le reste elle paraît plus « du mécanique plaqué sur du vivant » qu'un système de tarification rationnel. Outre l'effet pervers de pousser à accomplir des actes médicaux inutiles, elle pousse aussi à sélectionner les pathologies dites rentables, c'est-à-dire qui rapportent plus qu'elles ne coûtent, et à abandonner les actes qui ne le sont pas. Plus qu'un outil de justice comptable, c'est-à-dire qui prend en compte les coûts véri-

10. Voici ce qu'écrit la Cour des comptes dans son rapport sur la Sécurité sociale, paru en septembre 2010 (p. 271) : « L'objectif national des dépenses d'assurance maladie propre à l'hôpital "ONDAM hospitalier" est le premier des instruments de mise sous tension du secteur. Son taux de progression annuel tel qu'il résulte de la LFSS traduit cette volonté politique : de 2006 à 2008, il a été fixé en dessous de l'évolution spontanée de la dépense, intégrant ainsi des économies prévisionnelles. » Autrement dit, ceux qui reprochent aux hôpitaux leurs déficits sont les mêmes que ceux qui les provoquent, quand ils ne dilapident pas, de plus, l'argent public par leur mauvaises décisions, comme la ministre de la Santé Roselyne Bachelot lors de l'épidémie de grippe H1N1 en 2009-2010.

11. Cour des comptes, Rapport sur la Sécurité sociale, septembre 2010, p. 274.

12. Inspection générale des Affaires sociales, *Le Financement de la recherche, de l'enseignement et des missions d'intérêt général dans les établissements de santé*, novembre 2009.

tables pour les compenser par des recettes, elle est utilisée comme un outil politique pour encourager telle ou telle activité. De plus, ses changements incessants rendent difficile toute projection budgétaire.

La convergence intersectorielle, c'est-à-dire la convergence entre le secteur public et le secteur privé, pose d'autres problèmes. Elle a été repoussée à 2018 par le gouvernement lors de la discussion de la loi HPST, alors qu'elle devait être mise en œuvre en 2012. Cependant elle s'applique déjà partiellement. Les établissements privés accomplissent des actes peu diversifiés, ceux qui sont particulièrement rentables. Ils n'ont pas les mêmes obligations que les hôpitaux publics en matière d'enseignement, de recherche et de permanence des soins. Surtout, ils sélectionnent leurs patients et leur demandent une participation financière supplémentaire souvent élevée. Il semble dans ces conditions que la convergence intersectorielle soit particulièrement inique et qu'il faudrait, en raison des immenses différences entre les types de patients soignés, les activités et les organisations, accentuer au contraire la divergence tarifaire pour que le secteur privé soit davantage financé par des fonds privés et le secteur public davantage par des fonds publics.

C'est dans ce contexte que l'annonce de larges suppressions d'emplois à l'Assistance publique a été faite, 4 000 d'ici 2014 selon la direction générale. En effet, les emplois (la masse salariale des hôpitaux constitue 70 % des dépenses) sont devenus le principal moyen d'ajustement budgétaire pour essayer de revenir à l'équilibre en 2012. Comme le *turn-over* des emplois touche surtout les soignants, ils sont les premiers frappés. Par ailleurs, en raison des difficultés de vie en région parisienne, notamment du prix de l'immobilier, de nombreux postes d'infirmiers et

d'aides-soignants ne sont pas pourvus, la création de postes en province à la suite de la diminution du temps de travail à trente-cinq heures ayant provoqué un exode vers les autres régions, sans que ce phénomène ait été anticipé ni qu'un nombre suffisant de personnels infirmiers ait été formé.

L'administration de l'AP-HP en est venue aussi à supprimer en grand nombre des postes de cadres, de secrétaires médicales, de personnels techniques, compliquant ainsi la vie des services et la qualité des soins, laquelle commence par l'accueil des patients. De nombreux services ont dû réduire leur activité, des lits ont été fermés faute de personnel, si bien qu'une spirale négative s'est enclenchée, les diminutions de personnel entraînant des diminutions de recettes, lesquelles entraînent de nouvelles diminutions de personnel. Notons au passage que peu a été fait en matière de réorganisation du siège de l'AP-HP, où aucun soin n'est délivré et qui donc ne procure aucune recette, mais engendre des dépenses considérables en raison de ses effectifs très fournis et en grande partie inutiles, chaque groupe hospitalier ayant sa propre équipe de direction.

---

#### Des choix politiques délétères

---

Le Mouvement de défense de l'hôpital public, qui est né en mars 2009 pendant que le Parlement discutait la loi HPST, a d'emblée mis l'accent sur trois points : le maintien des services hospitaliers, le maintien de personnels médicaux et non médicaux suffisants pour garantir l'accès aux soins et la qualité des soins, l'instauration d'une gouvernance équilibrée entre corps médical et administration au sein des hôpitaux publics.

La loi HPST, dans sa rédaction initiale, comportait explicitement la suppression des services. Le mouvement du printemps de 2009 a permis leur maintien, mais ils sont secondaires et facultatifs par rapport aux pôles. Cette organisation en pôles remonte à 2005 mais elle a été renforcée par la loi HPST, notamment en ce qui concerne les pouvoirs des chefs de pôles.

Les pôles ont été instaurés en 2005 dans un marché de dupes. Pour accepter l'organisation en pôles et renoncer à l'organisation en services, le corps médical a cru en la promesse d'une relative autonomie de gestion des pôles. Cette autonomie de gestion n'est jamais venue. En revanche, les pôles ont été constitués selon des logiques variées, parfois farfelues, et ont servi surtout à supprimer des emplois au nom de la polyvalence, de l'efficience et des regroupements d'activités, ces suppressions d'emplois étant leur véritable objet.

Les meilleurs hôpitaux du monde sont organisés en services, à de rares exceptions près<sup>13</sup>. Les services sont à dimension humaine. Ils correspondent à une spécialité, servent de référence à la fois pour les étudiants hospitaliers et les internes, mais surtout pour les patients, qui s'adressent non pas à un pôle mais à un service. Il y a fort à parier qu'une fois l'expérience des pôles plus avancée et leurs défauts devenus encore plus criants l'organisation en services reviendra à l'ordre du jour.

La loi HPST faisait la promotion du directeur comme seul patron à l'hôpital. Cette notion a été défendue par le lobby des directeurs du Syndicat national des cadres hospitaliers (SNCH)<sup>14</sup>. Jusqu'au bout de la discussion parlementaire de la loi HPST, ces directeurs ont tenté d'influencer le ministère et les parlementaires pour que le moins de pouvoir possible soit donné aux médecins, y compris en écrivant au président de la

République pour le mettre en garde contre le corporatisme médical, au nom, bien sûr, de l'intérêt général qu'ils sont les seuls à incarner, plutôt qu'au nom de leur propre corporatisme. Ils ont en grande partie obtenu satisfaction, mais c'est un miroir aux alouettes car l'organisation mise en place par la loi HPST donne des pouvoirs étendus aux directeurs généraux des agences régionales de santé, eux-mêmes étant placés directement sous l'autorité du gouvernement. Jean de Kervasdoué, titulaire de la chaire de santé publique au Conservatoire national des Arts et Métiers et ancien directeur des hôpitaux au ministère de la Santé, a considéré que la loi HPST semblait d'inspiration « soviétique »<sup>15</sup>. S'ils ne risquent pas le goulag, les directeurs d'hôpital sont taillables et corvéables à merci, et peuvent changer d'affectation, selon le bon vouloir du directeur général d'ARS qui les nomme. Ils ont souvent la tâche ingrate de supprimer les emplois ou les activités<sup>16</sup>.

Une autre illusion a été entretenue auprès du corps médical à propos de la composition du directoire. Pour faire accepter les modifications

13. Philippe Évrard, « Les pôles hospitaliers : des ailes enchevêtrées », *Journal de l'Association des directeurs d'hôpital*, mars-avril 2010, p. 26.

14. Ce syndicat vient de changer de nom et s'appelle désormais le Syndicat des managers publics de santé. Son actuel président, M. Philippe Bluat, déclarait aux *Échos*, le 21 octobre 2010 : « En caricaturant, nous avons la responsabilité d'un patron du CAC 40, la rémunération d'un gérant de McDo et le pouvoir d'un directeur d'école. »

15. Jean de Kervasdoué, « Étrange loi Bachelot qui va à rebours des objectifs affichés », *Le Monde*, 13 mai 2009.

16. En exergue à son livre déjà cité, le professeur Philippe Even déclarait (p. 13) l'avoir écrit notamment pour « les directeurs des grands hôpitaux de l'AP-HP, généralement formés à l'école nationale de la santé de Rennes, qui sont, eux, le plus souvent compétents, expérimentés, proches des médecins, sensibles aux malades et avec qui le dialogue est toujours possible et constructif et qui sont, eux aussi, domestiqués, contraints, aliénés, dépossédés des responsabilités qui devraient être les leurs, et finalement réduits aux plus subalternes des échelons décisionnels, quand ils devraient bénéficier d'une totale autonomie, contractualisée et responsable ».

d'organisation de la gouvernance hospitalière, comportant conseil de surveillance et directoire, il a été accepté que le directoire soit à majorité médicale. Les médecins proches des inspirateurs de la loi HPST ont crié victoire. Mais au tout dernier moment, lors du vote ultime de la loi HPST par l'Assemblée nationale, après la discussion par la commission mixte paritaire, la ministre de la Santé a fait voter un amendement qui ôte au directoire tout réel pouvoir puisqu'il devient une instance de concertation et non plus une instance de délibération, ce qui signifie que le directeur peut aller contre l'avis du directoire. Dans ces conditions, les médecins présents au directoire conservent une influence mais sans pouvoir formel. Par ailleurs, la Commission médicale d'établissement, l'organe élu qui représente le corps médical au sein des établissements hospitaliers, a été privée de ses pouvoirs. Elle est confinée dans des tâches accessoires et risque de se transformer en un lieu d'aimables causeries si le corps médical n'investit pas cette instance pour en faire un foyer d'influence et de contre-pouvoir.

Il ressort de ces réformes qui s'accumulent depuis des années et des années la volonté de donner une place de plus en plus prépondérante au pouvoir administratif et de rabaisser le pouvoir médical. Au lieu d'équilibrer la gouvernance hospitalière, on est passé d'un extrême à l'autre. Le temps n'est plus où tel ou tel « patron » dictait au directeur ce qu'il souhaitait pour son service. À l'heure actuelle, les responsables d'unités fonctionnelles et responsables de services se trouvent dépourvus de toute marge de manœuvre : ils ne choisissent pas leur personnel, ils sont entravés dans leur volonté de changement par la lourdeur des processus administratifs et, surtout, ils sont totalement déresponsabilisés dans la mesure où le contexte restrictif est tel que même les plus

valeureux se voient amputés de leurs personnels et de leurs moyens. Ceux qui ne quittent pas le navire sont démotivés et renoncent à jouer à ce jeu stérile avec l'administration.

Par ailleurs, les directeurs souffrent d'un déficit de légitimité en raison de leur absence de connaissances médicales. Ils ont une place difficile à tenir car ils sont désormais soumis au pouvoir sans partage de l'Agence régionale de santé et à des objectifs comptables souvent incompatibles avec leur mission de service public. D'ailleurs, si on met à part le SNCH, les syndicats de cadres de direction étaient aux côtés des personnels soignants lors de la discussion de la loi HPST et des manifestations de rues auxquelles elle a donné lieu<sup>17</sup>.

Du côté des personnels soignants non médicaux, la situation est aussi particulièrement délicate. La diminution des effectifs et les contraintes économiques aggravent la souffrance au travail. Cette souffrance est plus cruellement ressentie en région parisienne, où les salaires sont les mêmes que dans les autres régions, alors que les conditions de vie sont plus difficiles, notamment en raison du coût du logement et des conditions de transport pour se rendre sur le lieu de travail.

Il résulte de tout cela une dégradation de la qualité des soins et de l'accès aux soins, en Île-de-France peut-être plus qu'ailleurs. Les listes d'attente s'allongent, parfois largement au-delà du raisonnable, certains services sont en partie fermés faute de personnel. Nous avons recueilli plusieurs témoignages qui montrent, par exemple,

17. Les cadres de direction des syndicats FO et CFDT ont été très actifs dans la contestation de la loi HPST, en lien avec les syndicats et mouvements de médecins et de personnels soignants. Ils n'ont pas, eux, une vision purement managériale de leur rôle et ne se prennent pas pour des capitaines d'industrie.

que des chimiothérapies anticancéreuses sont reportées faute de personnel en hôpital de jour, avec les risques que cela fait courir aux patients. En période d'épidémie, les réanimations n'ont pas la capacité d'accueillir tous les patients qui ont besoin d'y être hospitalisés. Les urgences, devenues le généraliste du pauvre, sont engorgées. Si les démissions de médecins restent encore en nombre limité, de plus en plus de jeunes praticiens renoncent aux carrières hospitalières en raison des conditions d'exercice et de rémunération, et préfèrent exercer dans le secteur privé ou à l'étranger.

L'opinion publique est particulièrement sensible à l'évolution du système de santé, notamment de l'hôpital public. La santé est toujours classée comme un des premiers biens à préserver dans les enquêtes d'opinion, ce qui explique le retentissement médiatique des difficultés rencontrées par les hôpitaux publics français dans leur ensemble et plus spécifiquement par l'AP-HP<sup>18</sup>.

La politique de santé doit être fondée d'abord sur les besoins sanitaires de la population. Il convient ensuite de déterminer les moyens que le pays veut consacrer à la santé au sein d'un système de solidarité, l'alternative étant de laisser au « marché » de plus en plus de parts d'activités de santé pour diminuer les dépenses publiques. Ce serait une grave erreur car tous les pays qui ont adopté cette orientation ont vu comme conséquences un renchérissement du coût des soins, une diminution de l'accès aux soins pour une large fraction de leur population et une dégradation de la qualité des soins en raison du souci de rentabilité. L'exemple le plus frappant à cet égard est celui des États-Unis, le pays qui consacre le plus d'argent à la santé et qui exclut le plus grand nombre de ses citoyens. De plus, pendant que l'on promet,

à juste titre, une médecine de plus en plus scientifique, fondée sur les preuves, on refuse de tenir compte des expériences déjà menées ailleurs qu'en France en matière d'organisation et de gestion. On change sans arrêt les règles de fonctionnement des hôpitaux sans avoir pris le temps d'étudier les conséquences des changements précédents. On réforme par souci idéologique plus que dans le dessein d'apporter aux patients avec pragmatisme les meilleurs soins au coût le plus juste<sup>19</sup>.



En raison d'une politique de santé qui pénalise les hôpitaux publics et affecte le caractère solidaire du système de santé dans son ensemble, les patients voient sous leurs yeux se dégrader l'accès aux soins, la qualité et la sécurité des soins. L'heure est grave pour l'AP-HP. Son avenir est en jeu si elle n'est pas profondément et rapidement réformée. Il faut simplifier l'organisation administrative de l'AP-HP, obsolète, inefficace et coûteuse, assurer une meilleure gestion de ses richesses immobilières, moderniser ses locaux et ses équipements grâce à une politique ambitieuse d'investissements, donner beaucoup plus de liberté à ses hôpitaux et à ses services, c'est-à-dire à ceux qui sont porteurs de la compétence médicale auprès des malades.

18. Le professeur Bernard Debré, député UMP, s'exclama dans *Le Journal du dimanche* du 2 octobre 2010 : « C'est l'hôpital qu'on assassine. » La pétition de défense de l'hôpital public mise en ligne par le Mouvement de défense de l'hôpital public ([petition-mdhp.fr](http://petition-mdhp.fr)) a recueilli plus d'un million de signatures.

19. Selon le professeur Antoine Flahaut (voir son blog à l'adresse <http://blog.ehesp.fr/>), directeur de l'École des études en santé publique, il faut instaurer un *management* fondé sur les preuves : les pôles, la tarification à l'activité généralisée, le centralisme bureaucratique de l'AP-HP surviendraient-ils s'ils étaient passés à ce crible ?

Bernard Granger  
L'AP-HP dans la tempête

Depuis plus de vingt-cinq ans que je travaille à l'AP-HP, je n'ai jamais vu prendre de grandes résolutions pour mettre un terme à la désorganisation, à l'opacité et au gaspillage qui caractérisent la façon dont cette institution est gérée.

Il est vrai que, comme le dit Einstein, « on ne résout pas les problèmes avec les modes de pensée qui les ont engendrés ».

*Bernard Granger.*