

Jacques PONTIS

Ancien directeur d'hôpital (1975 – 2020)

Le 8 juin 2021

Propos recueillis par **Fabienne ORSI**, pour les [Ateliers pour la refondation du service public hospitalier](#)

« Les directeurs d'hôpitaux ont perdu beaucoup de leur autonomie pour écouter et tenir compte du terrain, des médecins, des soignants, des usagers. Ils sont là pour exécuter et mettre en œuvre les décisions ministérielles et ils sont évalués là-dessus, par les Agences Régionales de Santé qui sont elles-mêmes chargées de contrôler cette mise en œuvre »

Ma formation

J'ai commencé comme ambulancier ou agent administratif comme jobs d'été durant 5 années pour payer mes études de droit.

La chance pour moi a été de rencontrer ainsi le milieu hospitalier, et cette rencontre a été fondatrice. Par ailleurs, j'étais étudiant à Rennes, qui accueille l'Ecole Nationale de Santé Publique (actuelle EHESP, Ecole des Hautes Etudes de Santé Publique) qui forme les directeurs d'hôpitaux mais aussi les médecins de santé publique, les inspecteurs des affaires sanitaires et sociales, les directeurs de soins. A cela s'est ajouté un professeur de Santé Publique, qui est devenu plus tard Député-Maire de Rennes puis ministre de la Santé en 1981. Tout cela m'a conduit à passer le concours d'entrée.

Cette école était un bon creuset pour échanger sur le plan pluri-professionnel sur les problématiques sanitaires, avec des modules de formation communs.

Ma motivation est venue d'un constat personnel d'inorganisation de l'hôpital, et d'un grand déficit de management et de managers. A l'époque une grande partie des postes de directeurs étaient vacants. J'avais d'ailleurs rencontré un ou deux directeurs d'hôpital qui m'avaient parlé de leur fonction, et cela m'a convaincu d'embrasser cette profession.

A cette époque, les directeurs d'hôpitaux provenaient d'horizons très variés (juristes, économistes, historiens, et même philosophes...). Aujourd'hui, 80 % des directeurs sont issus des instituts de sciences politiques (« Science-Po ») et cette endogamie est à mon sens très préjudiciable à l'enrichissement de la profession. Et j'ajoute que les instituts de sciences politiques sont très généralistes et ne contribuent pas à fournir des compétences professionnelles, juridiques ou économiques notamment, pour exercer ce métier.

J'ajoute que le contenu et l'organisation de leur scolarité a profondément évolué depuis 30 ans : l'orientation dominante a été de former des « managers » plus préoccupés de performance au profit d'un « hôpital-entreprise » que des hommes de santé publique. Le contenu des enseignements et l'organisation de la scolarité a été calquée sur ceux de l'ENA : le cursus des 3 ans était auparavant basé sur une année de formation théorique avec 2 stages « ouvriers » ou de découverte pratique des milieux de soins, suivie de 2 ans d'assistantat, véritable « internat » des directeurs d'hôpitaux. Pendant ces deux ans, les assistants de

direction se voyaient confier de véritables responsabilités de gestion et d'animation, par délégation voire même de plein exercice par intérim, en cas de postes vacants. A l'époque l'hôpital manquait cruellement de directeurs.

Le nouveau cycle, institué en 2003 et mis en place en 2005, est aujourd'hui de 3 ans d'études avec un stage en « entreprise » et 13 mois de stages en hôpital (un stage court et un stage long). Ce n'est pas anodin, et cela ne permet pas aux futurs directeurs de prendre suffisamment de responsabilités, mais d'accomplir des missions ponctuelles. Cette réforme ne tient pas du hasard : elle devait accompagner une réforme de la gouvernance des hôpitaux, afin de les gérer comme des entreprises ou comme les autres grandes entreprises publiques.

Gouvernance et financement des hôpitaux

Cette réforme est concordante avec les réformes de gestion et de financement des hôpitaux. Pendant les 30 glorieuses, il fallait construire ou reconstruire les hôpitaux qui manquaient au pays. Le système de financement a accompagné cette dynamique : le prix de journée a permis d'adapter en effet en permanence les ressources aux besoins. Et sur le plan managérial, c'était la règle de l'autonomie contrôlée avec un dynamisme collégial du trio « président du CA-directeur-président de CME ».

Ce système a été jugé inflationniste à partir du 1^{er} choc pétrolier : les pouvoirs publics ont décidé de réduire les dépenses de santé, jugées déficitaires car pesant de plus en plus lourd sur selon eux sur l'économie, au motif que l'assurance maladie est financée par les cotisations sociales.

Le système de la Dotation Globale de Financement (DGF) a mis fin à cette inflation, mais elle a maintenu des situations très inégales entre les hôpitaux, certains ayant des « rentes de situation » et d'autres étant très sous-dotés.

D'où l'idée d'introduire le PMSI pour corriger les DG. Mais il a permis en fait de mettre en place la Tarification à l'activité (T2A) qui a permis de mieux répartir les ressources en fonction de l'activité. Mais pour éviter un nouveau risque inflationniste équivalent à celui du prix de journée, un verrouillage a été instauré en 2005 au niveau national, permettant de réduire les tarifs d'activité pour que globalement, en cas de forte progression de l'activité, les dépenses globales ne dépassent pas un taux de progression fixé chaque année (système prix/volume).

Chaque année, depuis 2005, une loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) fixe en effet un Objectif National de Dépenses d'Assurance Maladie (ONDAM) qui vise à limiter l'évolution des dépenses quelque soit l'évolution de l'activité et donc des besoins. Le souci étant de réduire le déficit, de ne pas accroître les charges sociales, et au-delà, de rester en deçà du seuil européen des 3% de déficit, alors même que l'activité a progressé de 10 % en 15 ans.

Cette réforme s'est accompagnée d'une réforme managériale en 2009 (Loi HPST) concentrant les pouvoirs dans la direction de l'hôpital, faisant des directeurs non pas des « patrons » comme cela était affiché, et dénoncé par les professionnels, mais des « préfets » chargés

d'appliquer strictement la politique gouvernementale. A charge pour ces directeurs de contraindre les acteurs à souscrire des contrats d'objectifs pour limiter leurs dépenses ou d'augmenter leurs activités.

Ce type de management vertical descendant (gouvernement-ARS-direction-services médicaux) a privé les acteurs de terrain de toute « **autonomie** », de leurs capacités d'initiative, de leur responsabilité et de leur savoir-faire médico-managérial, sous la seule contrainte et optique financière.

Ce concept de **marge d'autonomie et de responsabilité** est pourtant la clé de la réussite, y compris sur le plan économique, y compris dans le monde de l'entreprise, dont on veut soi-disant s'inspirer pour gérer les hôpitaux. La preuve est que les meilleures entreprises sont celles qui laissent cette marge à leurs équipes et à leurs responsables, mais aussi à celles qui respectent le mieux la qualité de vie au travail (QVT) et permettent une expression participative horizontale.

On a vu d'ailleurs que l'épidémie de Covid-19 a été révélatrice de cette richesse des acteurs de terrain, qui mieux que quiconque ont su répondre aux défis de la pandémie en termes de réponse organisationnelle. L'autonomie et la responsabilité sont essentielles : Comment peut-on imaginer que les soignants sont des dépensiers irresponsables et in-civiques ?

C'est tout le contraire : ils connaissent bien les causes majeures de dépenses inutiles. Et si on leur fournit les indicateurs, ils savent très vite aller à l'efficacité (qualité + efficacité) pour dégager des moyens à utiliser au mieux.

Et cela vaut à tous les niveaux : services, hôpital, régions.

La seule réponse est donc de restituer de l'autonomie : en d'autres termes « **faire confiance** » Car ce qui est le plus insupportable pour les équipes soignantes, c'est ce manque de confiance, voire cette **défiance** exprimée par certains responsables hospitaliers.

Il y a 30 ans, c'était la confiance qui dominait la sphère hospitalière. On a désormais formé les dirigeants à se méfier des équipes soignantes, à les contrôler, car à la clé, les impératifs économiques et gestionnaires sont dominants. Les dirigeants eux-mêmes sont sous contrôle et peuvent être relevés de leurs fonctions, et leurs hôpitaux placés sous tutelle (administration provisoire) si certains indicateurs (uniquement financiers et aucunement qualitatifs) sont au rouge.

A cette autonomie et à ce mode de gouvernance plus collaboratif correspondait un financement par prix de journée. Nous étions surtout constamment dans l'élaboration de projet et non, comme c'est le cas aujourd'hui, figés par le carcan financier. Il y a certes eu des excès. On cite volontiers l'histoire des directeurs demandant aux médecins de garder les malades plus longtemps pour équilibrer leurs budgets. Mais de manière globale, nous travaillions en commun avec les médecins, plus exactement nous formions un quatuor : le maire de la ville, président du conseil d'administration, qui était certes vigilant par rapport à

l'emploi, l'hôpital étant souvent le 1er employeur de la ville, le directeur, le président de la CME et la directrice des soins.

Aujourd'hui le CIH prône le retour à ce trio : directeur, président de CME et directrice des soins.

Petit aparté sur un acteur essentiel et pourtant peu connu à l'extérieur : **les directeurs (trices) des soins**, appelé(e)s aujourd'hui « coordinateurs (trices) général(e)s des soins » (CGS) et anciennement appelée « Infirmiers (ières) Généraux (ales) ». Elles sont formées à l'EHESP comme les directeurs (une année de formation et de stages) mais avec une expérience professionnelle importante (15 à 20 ans au moins). Ce sont en effet donc des cadres infirmiers, ayant donc reçu une formation de cadre (un an) et devenues cadres supérieur(e)s de santé, et qui ont passé pour finir le concours pour entrer à l'EHESP.

Elles ont autorité sur tous les cadres de santé, mais en lien avec les chefs de services médicaux. Elles sont précieuses même si elles sont parfois corporatistes. (Mais elles défendent une belle corporation : celle du soin).

Et bien que choisies et nommés par les directeurs, elles représentent le corps soignant et donc pèsent sur les prises de décision des directions.

La Directrice de soins est membre de droit du directoire et de la CME. Elle est responsable de la qualité des soins infirmiers elle élabore et met en œuvre le Projet de Soins Infirmiers. Elle nomme les cadres de santé et les cadres supérieurs de santé.

Elle préside la Commission des Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSI-RMT) où siègent des représentants élus de tous les professionnels soignants : cadres, infirmières, aides-soignantes, ASH, laborantins, kinésithérapeutes...

C'est une commission interne très importante, les soignants s'y retrouvent bien, n'importe quel soignant peut venir devant la commission pour exposer un projet.

Certes, elle reste sous tutelle hiérarchique du directeur, et elle ne peut donc pas avoir une totale autonomie de pensée. Mais la direction devra travailler en bonne intelligence avec elle si elle veut réussir dans ses projets.

Plus globalement, la gouvernance de l'hôpital a singulièrement évolué, se rapprochant celle de l'entreprise. La loi HPST a en effet créé :

- Un Conseil de Surveillance (CS), qui a remplacé le Conseil d'Administration, qui a été très affaibli dans ses attributions. Or c'est au CS que siègent les représentants des usagers, des personnels, des élus. A noter la présence de l'ARS, invitée au CS. Le CS a des compétences d'attribution limitées : projet d'établissement, résultats budgétaires, choix d'investissements. Il est simplement tenu informé pour tout le reste. Toutefois, le directeur devra obtenir son soutien pour conduire les projets de l'hôpital.
- Et un Directoire, dont l'appellation a quelque peu choqué, car empruntée directement au monde de l'entreprise. C'est devenu l'instance décisionnelle. Présidé par le Directeur (comme un « PDG ») le directoire est à majorité médicale : 5 membres sur 9 sont médecins, dont le Président de la CME, vice-président du Directoire. La directrice des soins est membre de droit. Le directeur peut choisir un représentant de la direction

à ses côtés (son adjoint le plus souvent). Et le Pdt de la CME désigne 4 médecins à ses côtés, le plus souvent les chefs de pôles important et universitaires en CHU. Le Directoire se réunit au moins tous les 2 mois. Pas de vote : des décisions prises « en concertation » pour les sujets les plus importants. Et simples avis au directeur pour le reste.

On pourrait craindre que même considérer que le Directeur dirige le directoire sans conteste, car il a toute son administration pour instruire les dossiers. Mais, même s'il a la décision finale, il doit composer avec le Pdt de CME : pour l'ordre du jour, conjointement élaboré, pour les propositions à faire. Car de même que le directeur réunit sa direction dans un « conseil de direction » instance non prévue par la loi, mais réunie dans la totalité des hôpitaux, chaque semaine, de son côté le Pdt de CME s'entoure du Bureau de la CME, qui se réunit dans la plupart des cas sans direction au moins tous les mois, avant la CME et pour préparer les directoires. C'est donc un rapport de forces qui s'établi entre Direction et Corps médical à défaut de complicité et de collaboration positive. Dès lors, la direction devra tenir compte de ce rapport de forces. Pour autant, in fine, c'est le directeur qui tranche et qui a le droit pour lui. Cela peut parfois arranger les responsables médicaux de se réfugier derrière ce prétexte pour ne pas avoir à assumer la responsabilité de décisions difficiles. Et notamment tout ce qui concerne les conflits, les sanctions, les choix d'équipements, les priorités...

Le Directoire est donc devenu le centre névralgique de l'hôpital. Le directeur a intérêt à s'entendre avec le président de la CME, sinon la situation devient ingérable. Dans certains hôpitaux, le désaccord a entraîné la paralysie de l'institution.

Certes, la direction dispose de toute son administration et donc toutes les compétences techniques et managériales pour gérer l'hôpital, alors que les responsables médicaux sont très occupés par leurs activités cliniques. Seul le Pdt de CME dispose (pas toujours) d'un secrétariat et d'un renforcement de son équipe médicale pour se dégager du temps.

Pour autant, il peut influencer fortement sur les décisions à prendre.

Mais pour finir, c'est le directeur qui détient le pouvoir de décision, hormis quelques décisions comme la désignation des chefs de pôles.

Mon parcours professionnel

J'ai exercé d'abord à la Réunion comme coopérant, comme DRH.

J'ai pris ensuite un poste d'adjoint pendant 4 ans à l'hôpital psychiatrique de Rennes, chargé des finances et de la sectorisation.

Puis j'ai travaillé une dizaine d'années au centre hospitalier de Saint Malo.

Ensuite, j'ai pris la direction de l'Hôpital Sud au CHU de Bordeaux.

Puis, je suis parti en détachement dans un centre de lutte contre le cancer à Rennes. C'est un modèle intéressant : les CLCC, privés non lucratifs, participent au service public. Ils disposent d'une seule et même convention collective pour les médecins et les soignants. Les médecins

sont salariés, sans secteur privé, avec un salaire meilleur en contrepartie. Le directeur général est un professeur de médecine et moi j'étais son adjoint, en charge de la gestion, avec une équipe de direction composée notamment d'une directrice des soins. Ainsi le trio fonctionnait très bien. Cette expérience a été très positive, mais sans doute uniquement applicable dans ces centres, spécialisés dans une seule pathologie. Cela permet au DG de le diriger sur le plan scientifique et médical. Dans les autres hôpitaux, qui accueillent toutes les disciplines, il serait impossible de confier ce rôle à un spécialiste plutôt qu'un autre. Et il devrait abandonner ses fonctions médicales. Et il n'a pas reçu de formation pour gérer un hôpital. A noter que la loi autorise désormais un médecin à devenir directeur, mais il doit suivre une formation à l'EHESP.

Par contre, au sein des hôpitaux, ce trio s'est installé pour gérer les « pôles médicaux » : placés sous la responsabilité d'un médecin (universitaire dans les CHU) assisté par un cadre supérieur de santé et par un « directeur référent » choisi conjointement par le chef de pôle et par le DG. C'est en fait un embryon de décentralisation et de démocratie :

- Les directeurs référents sont sous l'autorité directe du DG et sont le plus souvent là pour veiller au respect du contrat de pôle, qui fixe les objectifs assignés aux pôles en matière d'activité, de recettes et de dépenses, et trop peu en matière de qualité (même si la réglementation permet d'en tenir compte pour l'attribution de moyens)
- L'autonomie est très limitée : elle se borne le plus souvent à laisser gérer les remplacements de personnel, les petits achats et la formation continue, mais avec des moyens très limités dans les 3 domaines.

Ensuite j'ai fait mon dernier établissement : l'hôpital Saint Anne à Paris, établissement de référence pour la psychiatrie : c'est là où ont été inventés les premiers psychotropes et neuroleptiques au monde. Mais il est surtout très en pointe pour les prises en charge alternatives à l'hospitalisation. Mais c'est aussi un hôpital de référence pour les pathologies du cerveau : neurologie (notamment les AVC) et neurochirurgie (c'est là que la chirurgie stéréotaxique a été inventée) spécialisée dans les tumeurs, l'épilepsie,

Financement des hôpitaux.

Quand je suis arrivé c'était donc le prix de journée, qu'on a jugé inflationniste.

Sans doute pour comprendre, il faut d'abord revenir aux 2 postulats qui ont conduit aux réformes successives et qui sont erronés :

- La santé est une charge, alors que c'est un investissement, comme l'éducation
- Pour limiter les dépenses il faut limiter l'offre : alors que l'offre ne fait que répondre à une demande croissante ! On savait très bien que la population allait vieillir : 20% a plus de 65 ans et consomme plus de 50% des soins.

On a donc réduit les capacités en lits (100.000 lits en 40 ans) au motif de la diminution des durées de séjour et du développement des alternatives ambulatoire, mais en réalité pour réduire les dépenses, comme on l'a fait avec le numéris clausus, pensant qu'on limiterait les

prescriptions si on réduit le nombre de prescripteurs (!) avec d'ailleurs la complicité des grands mandarins et des syndicats médicaux, qui ont eu très peur que l'augmentation du nombre de médecins diminue leurs revenus.

Au total : on est obligé de faire venir 20.000 médecins étrangers sur 200.000 et la crise sanitaire a démontré une insuffisance majeure de lits. Et même avant la crise, le problème des urgences a démontré 3 choses au moins :

- Un manque énorme de lits d'aval pour libérer les lits de médecine pour accueillir les patients arrivés aux urgences
- Un manque énorme de moyens techniques aux urgences (scanners, IRM et biologie) pour établir un diagnostic rapide et orienter
- L'absence d'une filière médico-sociale en capacité de traiter les admissions de personnes âgées, les plus nombreuses aux urgences, faute de lits de court séjour dédiés, puis de moyen séjour, puis de moyens à domicile, et de long séjour à défaut de pouvoir maintenir la PA à domicile.

Et pour parvenir à maîtriser les dépenses hospitalières, on a utilisé différents modes de financement :

- Pour remplacer le prix de journée, jugé inflationniste, on a mis en place la dotation globale, avec un taux de progression annuel qui ne tient pas compte des besoins, mais des contraintes économiques et donc des ressources disponibles.
- Mais cela a conduit à des rentes de situation, certains hôpitaux restaient sur-dotés alors que d'autres étaient très sous-dotés. Cela pouvait aller de 1 à 5 !
- D'où le financement actuel à l'activité (dit T2A) qui a certes permis de rééquilibrer les budgets entre eux. Mais pour éviter tout effet inflationniste, on a fixé un plafond national des dépenses comme je l'ai exposé plus haut (ONDAM) avec un ajustement à la baisse des tarifs à mesure que l'activité progresse.

Cet ONDAM n'est pas établi en effet pour répondre aux besoins qui progressent, mais pour maintenir une progression de dépenses liée à l'équilibre économique global du pays, lui-même assujéti aux contraintes européennes.

Or le taux incompressible de progression des dépenses est supérieur : la masse salariale progresse même à effectifs constants et malgré le blocage du point de la fonction publique, en raison de la progression de carrière des salariés. Par ailleurs, il faut faire face à l'achat des médicaments, des nouveaux équipements, à la construction ou à la rénovation des bâtiments. Malgré les trésors d'ingéniosité déployés pour optimiser les couts (regroupement des services logistiques ou concessions au privé) cela n'a pas suffi et beaucoup d'hôpitaux ont dû adopter une politique de « rabout » chaque année, en supprimant des emplois et/ou en fermant des lits.

3 secteurs échappent à le T2A : la psychiatrie, le moyen et le long séjour et les hôpitaux de proximité. Mais elle sera prochainement appliquée à ces secteurs, sauf au long séjour.

A noter que la psychiatrie est une discipline particulièrement sacrifiée. Elle n'est plus attractive pour les médecins sur le plan financier. Et compte tenu du moratoire imposé depuis 15 ans, (plus aucune création de poste universitaire) c'est la psychiatrie qui se voit supprimer des postes HU pour pouvoir développer d'autres disciplines.

Avec l'ONDAM le rôle des directeurs est devenu souvent insupportable, puisque contraints à conduire cette politique de « rabout », qui touche même les effectifs, alors que l'activité augmente. Conséquence : la charge de travail augmente pour les personnels.

Bien que fonctionnaires, il n'y a pas de postes inscrits dans le marbre au niveau ministériel. Les effectifs relèvent de chaque hôpital. Mais surtout, la référence à « l'effectif théorique » a été remplacée par la notion « d'effectif budgétaire » et même un directeur tenace ne pourrait en aucun cas brandir un tableau d'effectifs à l'ARS pour exiger qu'il soit pourvu. Son seul « droit » (devoir plutôt) est de respecter le niveau de crédits alloué. Et un comptable public cessera de payer les salaires et les charges si les dépenses dépassent les crédits inscrits au budget approuvé par l'ARS.

Bref, la charge de travail ne cesse d'augmenter, avec un nombre de patients de plus en plus nombreux à tourner dans les lits et des durées de séjour courtes. Car ce sont les entrées qui pèsent lourd.

Notre éthique est mise à mal et on doit encaisser les critiques de plus en plus vives des équipes soignantes. Même si elles savent que ce sont des mesures gouvernementales, elles ne comprennent pas que les directions acceptent de telles contraintes.

Or c'est la loi HPST de 2009 qui a permis cela : faire du directeur le seul patron à l'hôpital, pour ne plus subir la pression des médecins, des syndicats et surtout des élus locaux.

En réalité, le directeur est devenu un « préfet » qui doit mettre en œuvre la politique de maîtrise des dépenses décidée par le gouvernement.

Les directeurs d'hôpitaux ont perdu beaucoup de leur autonomie pour écouter et tenir compte du terrain, des médecins, des soignants, des usagers. Ils sont là pour obéir et ils sont évalués là-dessus, par les ARS qui sont elles-mêmes en charge de contrôler.

Et les directeurs n'ont d'autre choix, pour y parvenir, que d'imposer aux chefs de service un contrôle financier de leurs activités, par le biais de contrats de service.

Le directeur peut même être relevé de ses fonctions s'il entraîne son hôpital dans une situation financière critique, sur la base d'indicateurs uniquement financiers (endettement, déficit, recouvrement de recettes). Et l'hôpital est alors mis sous tutelle (appelée « administration provisoire »). Le directeur ne va donc pas pouvoir construire, acheter et recruter selon les besoins de l'hôpital, sauf s'il obtient des enveloppes qu'il négocie avec l'ARS. Mais il lui faudra passer par les fourches caudines du fameux « COPERMO » qui contraindront l'hôpital à réduire ses lits et ses effectifs en contrepartie.

Ce dispositif a été supprimé par le Ségur, mais remplacé par un autre organe, qui ne s'occupera que des gros projets de plus de 100 millions d'euros et pour les projets demandant

une aide à 100%. Et bien que le Gouvernement ait annoncé une aide de 19 milliards à l'investissement, en réalité 13 milliards sont utilisés pour reprendre la dette, et les crédits dégagés ne pourront servir qu'aux dépenses courantes. Seuls 6 milliards sont utilisables pour de nouveaux projets, et sur 5 ans. Il en faudrait beaucoup plus.

Les directeurs intériorisent la crainte, les yeux rivés sur ces critères. Ils sont par ailleurs évalués et notés chaque année par les DG des ARS. Leur lettre de mission est définie par l'ARS. Toutefois, cela n'empêche pas de proposer des objectifs ambitieux pour l'hôpital et l'ARS peut accompagner pour demander des enveloppes auprès du ministère. Ce qui est certain c'est que c'est toujours sous surveillance. Cela diffère de l'époque des années 70 et 80 où nous avions de l'autonomie, nous n'étions pas pour autant irresponsables, nous partageons nos compétences réciproques avec des universitaires, des médecins, des directeurs d'hôpitaux, des soignants pour bâtir l'hôpital adapté aux besoins du pays.

On avait un contrôle à posteriori sur des objectifs dont nous avions plus de latitude à négocier. Maintenant les directives viennent d'en haut. Peu de choses remonte du terrain. Sauf les projets d'établissements, mais qui doivent correspondre aux normes d'activité et de performance nationales ou au moins la moyenne régionale, sans pouvoir invoquer les spécificités locales.

La directive majeure est la LFSS : la loi de financement de la sécurité sociale votée par le parlement chaque année à l'initiative de Ségur et de Bercy. S'en suit la fameuse « circulaire budgétaire » qui détermine à l'euro près l'évolution de toutes les dépenses, par catégorie, par pathologie, avec un saupoudrage très insuffisant par rapport aux besoins. Elle fixe les tarifs, qui baissent pour certains si l'activité a progressé l'année précédente. Elles fixent par région les enveloppes qui permettent aux hôpitaux d'engager des dépenses non finançables par la T2A. Ce sont les fameuses MIGAC (Missions d'Intérêt Général et Aide à la Contractualisation) qui heureusement progressent chaque année, permettant d'échapper au carcan de la T2A : recherche, enseignement, prévention notamment, mais aussi permanence des soins et continuité du service public, publics prioritaires,...

Certes la pandémie a fait exploser ce carcan financier en 2020 : le déficit a dépassé 20 milliards au lieu des 5 milliards prévu soit 20 %. En 2021, il est encore de plus de 6 % et il est prévu à plus de 3% en 2021 au lieu des 2,3 % annuels qui étaient prévus de 2020 à 2022.

Mais ça comprend les dépenses liées au Covid-19 (matériel et médicaments) les augmentations salariales (8 milliards) même si elles sont encore insuffisantes et une 1^{ère} tranche pour le 5^{ème} régime de la SS (dépendance). Donc aucun financement pour augmenter les moyens de l'hôpital en personnel et en lits.

Si l'on examine le « Ségur de la Santé », on est tenté de penser que le rendez-vous a été en partie manqué. Ce ne sont pas de simples « mesurette » mais il y a encore beaucoup d'insuffisances. Et c'est un affichage essentiellement politique, en vue des échéances électorales à venir.

Tous les projets actuellement en cours d'examen sont gérés en fonction de pressions politiques ou médiatiques (cf Nantes, Caen, etc...)

On a supprimé le COPERMO (Comité interministériel de la Performance et de la Modernisation de l'Offre de soins hospitaliers) qui conditionnait les aides financières à des indices de performance souvent inaccessibles, en conduisant à supprimer des lits et des effectifs pour les atteindre. Créé en 2012, cette instance nationale examinait tous les projets de rénovation et d'investissement dans les hôpitaux.

En effet, sans aides ou sans emprunts, les hôpitaux ne peuvent pas construire ou rénover ou s'équiper. Dans un budget hospitalier il y a en effet environ 70 et 80 % pour la masse salariale, 10% pour l'achat de médicaments et de matériels médicaux, le reste est consacré à l'amortissement et aux frais financiers. Il faut donc obtenir des subventions ou des crédits pour payer les intérêts d'emprunts et les amortissements pour pouvoir construire ou rénover. Les hôpitaux ont certes obtenu le droit d'emprunter sur le marché, mais ils ne peuvent le faire que s'ils sont accompagnés sur le plan budgétaire pour financer les frais financiers et les amortissements. Impossible donc sans accord de l'ARS et donc du ministère, après avis du COPERMO qui verrouillait donc tout. Cela explique la reprise annoncée d'une partie de la dette à hauteur de 13 milliards, qui va soulager mais ça ne va pas permettre de créer de nouveaux lits ni de construire et investir.

Cette reprise partielle de la dette s'opère par un mécanisme très connu qui n'aggrave pas l'endettement de l'Etat. L'Etat reprend à son compte les emprunts hospitaliers souscrits auprès des banques, en souscrivant de la dette pour se financer. Avec les taux actuels, cela dilue la dette sur plusieurs dizaines d'années, sans surcoût majeur, supportée par l'impôt.

Nous directeurs, nous sommes obligés de faire avec, de convaincre les médecins d'accepter ce qui nous est imposé, sinon pas de salut. Et ça c'est quelques choses de profondément différent de l'époque antérieure où on avait la possibilité de conduire des projets en incorporant dans nos prix de journées l'incidence de nos projets. C'est comme ça par exemple que j'ai accompagné la construction de l'hôpital de Saint Malo qui répondait aux besoins de la population. Certes avec une négociation avec les autorités, les médecins de santé publique, les inspecteurs, mais aussi des experts, des professeurs, des élus, des usagers, et en interne avec les partenaires sociaux on en débattait avec les gens de terrain pour définir les besoins. Aujourd'hui tout est décidé ou imposé à Paris.

J'ai le sentiment qu'on est dans une logique de distribution d'enveloppes, mais les fermetures de lits continuent. Le COPERMO a été supprimé, par le Ségur, mais il a été remplacé ils ont créé le comité de financement qui est national aussi qui s'occupera uniquement des opérations qui font plus de 100 millions d'euros ou financé à 100% par l'Etat. Le reste est délégué aux ARS et la répartition des 6 milliards entre les régions sera faite selon des critères que nous ne connaissons pas encore.

L'ONDAM est supprimé aussi, a priori bonne nouvelle, mais sa refonte est confiée à un groupe de réflexion, chargé de proposer des critères « démocratiques » pour fixer l'évolution des

dépenses. Ce groupe doit rendre ses propositions le premier semestre 2021 et seront ensuite soumises à concertation.

Rien ne garantit par conséquent, que 2022 passé, on ne va pas rester ou revenir à l'assujettissement des dépenses de santé aux conditions économiques. Je crains que le gouvernement n'ait pas compris que la santé n'était pas une charge mais un investissement, et surtout qu'en dépit du pourcentage important du PIB consacré à la santé (11 %) certains pays européens font mieux quantitativement et qualitativement. Et surtout que c'est l'hôpital public qui a été la variable d'ajustement dans cette politique de contraintes financières : le secteur privé à but lucratif a augmenté ses effectifs infirmiers de 10 % en 10 ans, car en sus des tarifs de séjour, les honoraires médicaux sont libres en quantité et en tarifs. Les médecins reversent une redevance à leurs cliniques qui peuvent ainsi financer des moyens supplémentaires.

Et peu ou pas de contraintes n'ont été imposées au secteur ambulatoire (médecine libérale et paramédicaux libéraux) alors qu'ils représentent 25 % des dépenses.

Les gouvernements successifs ont jugé plus simple de fermer un seul « gros robinet » : celui de l'hôpital public.

Actuellement

Etant désormais libre de parole, je propose mes compétences et mon expérience à ces collectifs de soignants car c'est l'occasion de partager un regard croisé sur l'hôpital et de concevoir d'autres modes de gouvernance et de remettre du commun dans le soin hospitalier.

Et accessoirement, je crois que seule la pression médiatique peut faire avancer les choses.

Séjour a eu lieu, ce n'est pas un rendez-vous manqué mais c'est la bouteille à moitié vide.

Et cela a été négocié avec les organisations syndicales, élargi à certains collectifs, mais ceux-ci ne représentent pas un nombre important de personnes et ne comptent guère électoralement. Il ne faut pas être naïf, on est dans la politique.

Jacques Pontis était l'un des intervenants de la conférence de presse organisée par le CIH le 11 mai 2021 sur le thème « *En a-t-on fini avec le dogme de la fermeture des lits ?* »

Vous pouvez retrouver la vidéo et le dossier de presse en cliquant [ICI](#)