

■ LES AMIS DE ■
l'École de Paris

<http://www.ecole.org>

**Séminaire
Fonctionnaires**

*organisé grâce aux parrains
de l'École de Paris :*

Air Liquide*
Andersen Consulting
ANRT
AtoFina
Caisse Nationale des Caisses
d'Épargne et de Prévoyance
CEA
Chambre de Commerce
et d'Industrie de Paris
CNRS
Cogema
Conseil Supérieur de l'Ordre
des Experts-Comptables
CRG de l'École polytechnique
Danone
Deloitte & Touche
DiGITIP
École des mines de Paris
EDF & GDF
Entreprise et Personnel
Fondation Charles Léopold Mayer
pour le Progrès de l'Homme
France Télécom
FVA Management
Hermès
IBM
IDRH
IdVector*
Lafarge
Lagardère
Mathématiques Appliquées
Mercer Management Consulting
PSA Peugeot Citroën
Renault
Saint-Gobain
SNCF
Socomine*
Thomson CSF
TotalFina Elf
Usinor

*Uniquement pour le séminaire
Ressources Technologiques et Innovation
(liste au 1^{er} novembre 2000)

UN PLAN STRATÉGIQUE POUR UN HÔPITAL

par

Élisabeth BEAU
Chargée de mission à
l'Agence régionale d'Hospitalisation
de la Région Île-de-France

Patrick MORDELET
Directeur général de
l'établissement Maison Blanche
à Neuilly-sur-Marne

Séance du 15 avril 1999
Avec le soutien de la DGAFP
Compte rendu rédigé par Élisabeth Bourguinat

Bref aperçu de la réunion

Les projets actuels de rationalisation de l'offre sanitaire en France conduisent à revoir la répartition géographique et les missions d'un certain nombre d'établissements hospitaliers. Les agences régionales d'hospitalisation, nouvellement créées, sont directement en charge de la reconception de cette carte sanitaire, qui entraîne de nombreux problèmes de reconversion, de mobilité et d'accompagnement social des personnels. La reconversion de l'établissement psychiatrique de Maison Blanche, à Neuilly-sur-Marne, est une des plus grosses opérations engagées en région Île-de-France ; le directeur de l'établissement, Patrick Mordelet, la conduit en s'inspirant des méthodes managériales appliquées dans les entreprises, avec plan stratégique et contrat d'objectif.

*L'Association des Amis de l'École de Paris du management organise des débats et en diffuse
des comptes rendus ; les idées restant de la seule responsabilité de leurs auteurs.
Elle peut également diffuser les commentaires que suscitent ces documents.*

© École de Paris du management - 94 bd du Montparnasse - 75014 Paris
tel : 01 42 79 40 80 - fax : 01 43 21 56 84 - email : ecopar@paris.ensmp.fr - <http://www.ecole.org>

EXPOSÉ d'Élisabeth BEAU

Je suis directeur d'hôpital et je travaille actuellement à l'agence régionale d'hospitalisation de la région Île-de-France, une petite administration de onze personnes qui a été créée en mars 1997, d'après les ordonnances Juppé d'avril 1996. Les agences régionales d'hospitalisation ont deux missions : elles définissent les budgets des hôpitaux à partir d'une enveloppe régionale fixée par le gouvernement ; elles accordent les autorisations de fonctionnement, qu'il s'agisse des capacités d'hospitalisation ou des équipements et des gros matériels. Pour ce faire, elles rassemblent sous une autorité commune l'ensemble des services de l'État et de l'assurance maladie qui travaillent dans le domaine hospitalier : services de la DDRASS et des DDASS, service hospitalisation de la CRAM, service médical de la Sécurité sociale au niveau régional.

Le cas de la région Île-de-France

La situation hospitalière de l'Île-de-France se caractérise par une capacité globale largement excédentaire et par un déséquilibre dans les moyens hospitaliers, qui sont concentrés au centre de la région, dans Paris et la petite couronne, au détriment des zones périphériques, pourtant en pleine expansion démographique. Par ailleurs, certaines disciplines, comme la médecine, la chirurgie et l'obstétrique, sont excédentaires, tandis qu'on constate des déficits en nombre de lits, en moyens et en équipement dans le domaine des soins de suite, de la rééducation fonctionnelle ou de la psychiatrie, par exemple.

L'agence régionale s'efforce donc de restructurer l'offre hospitalière, notamment en supprimant les redondances : il existe parfois, à quelques kilomètres de distance, des services de même spécialité, dont aucun n'atteint la masse critique qui lui permettrait de développer une activité continue de bon niveau. Par ailleurs, certains services normalement complémentaires, comme l'obstétrique et la néonatalogie, se situent parfois, pour des raisons historiques, sur des sites distincts. Nous devons donc procéder à des transferts et à des regroupements, soit au niveau de certains services, soit au niveau des établissements eux-mêmes : depuis deux ans, nous avons fusionné de grands pôles hospitaliers comme Poissy et Saint-Germain, Evry et Créteil, Neuilly et Courbevoie.

Par ailleurs, cette région est considérée par les pouvoirs publics comme sur-dotée par rapport à d'autres régions, et doit donc leur rendre des ressources. C'est pourquoi, en 1999, alors que l'enveloppe hospitalière nationale progressait de 2 %, celle de la région parisienne n'a progressé que de 1,17 %, ce qui ne lui permet pas de maintenir son pouvoir d'achat, d'autant qu'il s'agit d'une politique constante depuis trois ans.

Ces restrictions budgétaires ont notamment des conséquences en termes d'emploi : mille quatre cents postes ont été perdus depuis 1997, certains des personnels n'étant pas remplacés lorsqu'ils partent. Le turn-over, qui est de 7 % dans notre région, nous permet pour l'instant de faire face aux gels de postes et aux diminutions du budget ; mais il n'est pas certain qu'il se maintienne longtemps à ce même taux, ni qu'il permette de faire face aux nouveaux besoins des établissements hospitaliers. En effet, certains emplois, comme celui de technicien de laboratoire, subissent des mutations importantes ; d'autres disparaissent, notamment dans les services logistiques, à la suite de rapprochements entre établissements ; enfin, des métiers nouveaux sont créés.

Des outils et des moyens pour faciliter la mobilité

Nous disposons depuis quelques mois d'outils réglementaires qui nous permettent d'avoir une action ciblée sur cette restructuration des emplois. Ces outils sont financés par le Fonds d'Accompagnement Social pour la Modernisation des Hôpitaux (FASMO), créé par la loi de financement de la Sécurité sociale de 1997, et qui a pris effet avec une série de décrets publiés à la fin de l'année 1998. Ce fonds est géré par la Caisse des Dépôts et Consignations ; il dispose d'une

enveloppe annuelle de trois cents millions de francs, qui vont permettre d'entreprendre différentes actions.

Le premier type d'action concerne la mobilité géographique : prise en charge, pendant dix-huit mois, des différentiels de traitement lorsqu'un agent change d'établissement et que sa rémunération est nettement plus élevée que ne serait celle d'un agent en début de carrière ; indemnité exceptionnelle d'aide à la mobilité lorsqu'il y a changement de résidence familiale et/ou administrative, à condition que le lieu d'exercice soit éloigné d'au moins vingt kilomètres du lieu précédent ; rachat des frais de formation versés par l'établissement d'origine, lorsque cette formation a été accordée en échange de l'engagement de l'agent à servir pendant au moins cinq ans, et que celui-ci envisage une mutation. Pour faciliter la mobilité professionnelle, le FASMO peut également prendre en charge, pour une durée maximale de trois ans, tous les frais de formation, y compris les salaires, les charges, les frais de déplacement.

Des dispositions ont par ailleurs été prises pour faciliter le départ des agents : l'«indemnité de départ volontaire», calculée en fonction du traitement indiciaire correspondant à l'emploi de l'agent et à son ancienneté, peut atteindre trois cent mille francs ; l'agent s'engage à ne pas retravailler dans la Fonction publique pendant les cinq années qui suivent sa démission.

Enfin, des fonds sont consacrés à la création de cellules d'accompagnement social, parfois à partir de services administratifs déjà existants : ces fonds peuvent permettre à la cellule de bénéficier des prestations de cabinets conseils spécialisés.

Se donner des chances de succès

Pour assurer le succès de ce dispositif, nous devons tout d'abord mesurer très précisément l'ampleur des problèmes à régler, en organisant une gestion prévisionnelle des emplois, ce qui nous permettra en même temps de nous assurer que les fonds publics engagés, qui sont considérables, seront convenablement utilisés.

Nous devons, parallèlement, faire admettre aux agents la légitimité des restructurations et des restrictions budgétaires en cours, en leur expliquant quels en sont les enjeux. Pour cela, nous devons nous appuyer sur les partenaires sociaux et assurer une transparence totale sur les projets, les conséquences de ces projets sur l'emploi, les mesures mises en œuvre.

Mais le ressort essentiel me paraît être la mise en place et le bon fonctionnement des cellules d'accompagnement social, qui, seules, permettent le suivi individuel des candidats à la mutation ou au départ. On ne peut pas se contenter de proposer des mesures ; il faut également aider le personnel à en tirer le meilleur parti. Beaucoup de nos agents, par exemple, sont intéressés par la prime de départ volontaire ; mais ont-ils réellement les projets professionnels et personnels qui leur permettraient de bien vivre ce départ ? Les cellules d'accompagnement doivent pouvoir les aider à faire mûrir leur décision.

EXPOSÉ de Patrick MORDELET

Comme Élisabeth Beau, je suis issu de l'École de Santé publique ; j'ai dirigé trois établissements hospitaliers différents, et après quelques années passées au Ministère, dans différents services, j'assume à nouveau la direction opérationnelle d'un établissement, l'hôpital psychiatrique Maison Blanche.

Avant de vous parler plus en détail de mon travail, je voudrais faire quelques remarques générales sur les hôpitaux publics français.

L'ensemble du personnel hospitalier est géré dans le cadre d'une des trois branches de la Fonction publique, et les établissements hospitaliers relèvent de la catégorie des établissements publics administratifs ; mais il existe de grandes disparités entre un petit hôpital local ayant un budget de quinze millions de francs et l'hôpital universitaire de Bordeaux, qui a trois milliards et demi de budget de fonctionnement. De plus, dans les limites du budget global qui leur est alloué par l'agence régionale hospitalière, ces établissements bénéficient d'une autonomie de gestion très importante. Enfin, les hôpitaux français ont cette caractéristique d'être en concurrence avec les cliniques privées commerciales, ce qui est rarissime en Europe, où les établissements privés n'ont généralement pas de but lucratif. L'autonomie de gestion des hôpitaux et le caractère plus ou moins concurrentiel de leur activité permet, me semble-t-il, de les définir comme des "entreprises sociales" ; c'est en tout cas de cette façon que je considère l'établissement que je dirige.

L'hôpital Maison Blanche : tourner le dos au passé

L'établissement public de santé de Maison Blanche comprend quarante-huit lieux de soins ambulatoires situés à Paris, et un hôpital psychiatrique situé à Neuilly-sur-Marne ; ses cent trois bâtiments sont implantés sur un terrain de cinquante-deux hectares. Il comprend des services d'hospitalisation et de très nombreuses activités ambulatoires, et dessert les sept cent mille habitants du Nord et de l'Est parisien. La population hospitalisée, qui a frôlé les trois mille patients dans les années 1960, est d'environ cinq cents actuellement ; la file active, c'est-à-dire le nombre de malades suivis en hospitalisation ou en ambulatoire, de treize mille. L'effectif est de deux mille cent agents, dont cent soixante médecins ; le budget de fonctionnement est de six cent cinquante millions de francs.

L'existence de cet établissement est actuellement remise en cause pour plusieurs raisons : l'éloignement de la population à desservir, ses bâtiments sont vétustes et très coûteux en fonctionnement ; l'ensemble de l'établissement, du fait de son isolement, entraîne des coûts d'infrastructure et de maintenance très importants ; mais surtout, il ne satisfait pas complètement les besoins de santé, que ce soit sur le plan de l'efficacité (c'est-à-dire du volume de soins produits pour un coût donné) ou de l'efficacéité (c'est-à-dire de ses résultats sur le plan médical), ou encore, de l'accessibilité aux soins : situé à vingt kilomètres de la population qu'il doit desservir, il ne permet de répondre correctement ni aux besoins traditionnels des malades, ni aux nouveaux besoins qui se font jour, notamment en matière de toxicomanie, de prise en charge des adolescents et des exclus.

Une restructuration radicale a donc été entreprise, qui consiste à délocaliser l'hôpital et à le fragmenter en petites unités pour l'installer au cœur de la cité, au plus près des besoins de la population. Il s'agit, en fait, de tourner le dos à une conception de la psychiatrie héritée du XIX^e siècle et qui se révèle aujourd'hui tout à fait inadaptée.

Nous avons d'ores et déjà créé de nouvelles unités, comme la clinique Rémi de Gourmont (soixante-cinq lits), mais nous allons également implanter des lits dans certains des hôpitaux généraux parisiens : cent trente lits vont par exemple être créés dans l'hôpital Bichat et quatre-vingt-dix lits dans un hôpital privé participant au service public, La Croix-Saint-Simon, dans le XX^e arrondissement. Après un an de fonctionnement de la première clinique d'hospitalisation, nous avons constaté une augmentation de 30 % de la file active, la présence de 70 % de nouveaux patients, mais aussi une amélioration exceptionnelle de la qualité des soins, notamment parce que les psychiatres peuvent désormais beaucoup plus facilement dialoguer avec leurs collègues généralistes, avec les psychiatres libéraux, avec les somaticiens et les urgentistes des hôpitaux généraux : c'est une logique de réseau de soins qui se constitue avec la présence d'un psychiatre senior 24 heures sur 24, au cœur du tissu social.

Un plan stratégique pour l'hôpital

Ces premiers résultats sont très encourageants, mais il a fallu plusieurs années d'efforts pour en arriver là, et nous n'en sommes qu'à la moitié du chemin. Ma façon de procéder consistant à considérer l'hôpital comme une entreprise sociale, la première étape a été de définir les objectifs ; en l'occurrence, il s'agissait de faire le choix, apparemment évident mais en réalité très difficile du fait de la culture propre à l'établissement, de privilégier l'objectif de santé publique par rapport au maintien des structures de soins existantes. À partir de cet objectif, nous avons élaboré un plan stratégique, signé un contrat d'objectif avec l'État et l'assurance maladie, et maintenant avec notre nouveau partenaire, l'agence régionale d'hospitalisation, et enfin engagé une grande opération de reengineering.

Toujours selon la logique d'une entreprise sociale, nous avons établi, avec l'aide d'un consultant extérieur, une sorte de *business plan*, c'est-à-dire un plan de développement de l'établissement pour les six ou sept prochaines années, en intégrant, de façon aussi précise que possible, l'évolution de la fonction de production, des effectifs de personnels, des investissements, l'impact de ceux-ci sur les coûts de fonctionnement, les surcoûts liés au transfert de l'établissement à Paris, les économies réalisées sur le site, mais aussi la réduction budgétaire dont vous a parlé Elisabeth Beau. Nous perdons en effet de 1,8 % à 2 % de pouvoir d'achat par an, ce qui représente une baisse d'environ 15 % à 16 % sur sept ans ; j'insiste cependant sur le fait que ce n'est pas en raison de ces contraintes économiques que nous avons entrepris cette restructuration, mais bien pour répondre à des objectifs de santé publique.

Les conséquences en termes de personnel

L'effort considérable d'investissement sur la région parisienne, évalué à trois cent vingt-cinq millions de francs sur six ans, supposait en contrepartie que nous parvenions à maîtriser la masse salariale, à la fois en coût et en volume ; le coût ne dépendant pas de nous, puisqu'il s'agit de fonctionnaires, nous devons réduire le nombre des agents et nous recentrer sur notre métier pour augmenter la production de soins, réduire peu à peu la place et le coût de l'administration, abaisser les coûts de fonctionnement, de logistique et d'infrastructure.

La principale difficulté était la réduction des effectifs, puisque aucun licenciement n'était possible. À partir d'une cartographie précise des emplois, nous avons élaboré un plan d'accompagnement social qui prévoyait, pour chaque secteur, l'effectif-cible, la nouvelle répartition géographique des emplois et les redéploiements professionnels. La première réaction de l'équipe de direction a été de demander « à quoi bon ? » : tout le monde était convaincu que de toute façon nous garderions sur les bras des dizaines voire des centaines d'agents dont nous ne saurions que faire. Par exemple, les services logistiques comprenaient deux cent cinquante personnes, réparties entre la cuisine, la blanchisserie, la sécurité, les jardins, la centrale thermique... Au terme de l'opération, en 2003, il ne doit plus rester que cinquante personnes à Paris. Il fallait donc trouver une solution pour deux cents personnes, sachant que le turn-over est à peu près nul dans ces catégories de personnels.

De leur côté, les services administratifs doivent passer de cent soixante-trois personnes à quatre-vingt-douze. Le site de Neuilly-sur-Marne comprend un service de médecine, des activités de laboratoire, d'exploration fonctionnelle, de radiologie, etc., mais aussi une énorme centrale de transport (quatre-vingt-treize véhicules), un très important service de maintenance interne, etc. Pour réduire tous ces coûts, la clinique Rémi de Gourmont, qui fonctionne depuis un an, a passé des contrats avec des médecins généralistes, qui viennent en cas de besoin, et avec le service d'urgences d'un hôpital général tout proche ; nous n'aurons donc plus besoin, à terme, de laboratoire ni de services d'imagerie ou d'exploration fonctionnelle. Nous avons également des contrats avec des entreprises de maintenance générale, d'hôtellerie, de restauration, mais aussi de transport en ambulance : seul le transport délicat de patients souffrant de troubles mentaux a été

conservé. En installant des lits dans l'hôpital Bichat, nous bénéficierons également de la logistique de l'hôpital général.

Au total, nous allons passer de deux mille cent agents à mille six cents, soit une réduction d'un quart des effectifs, ce qui est beaucoup.

Le plan d'accompagnement social

Le plan d'accompagnement social comportait plusieurs volets : aider ceux qui veulent quitter l'établissement en utilisant les mesures disponibles ; repérer les opportunités liées à l'aménagement du temps de travail ; favoriser la mobilité géographique au sein de l'établissement, d'abord sur la base du volontariat, et maintenant de façon plus impérative ; favoriser la mobilité externe, grâce à un système de communication et de partenariat avec les hôpitaux de province, notamment, en tenant compte du fait que la plupart des Parisiens sont d'anciens provinciaux ; et surtout, encourager la formation professionnelle et les reconversions internes, en consacrant un budget de 5 % de la masse salariale à la formation reconversion.

Une secrétaire sans qualification a ainsi préparé le concours d'assistance sociale et a été reçue ; l'établissement prend en charge sa formation à l'école d'assistante sociale pendant trois ans, et elle s'engage à travailler pour l'établissement ensuite pendant au minimum cinq ans. C'est une promotion sociale remarquable, mais c'est aussi une procédure "gagnant-gagnant", car nous avons besoin d'assistantes sociales.

Nous avons également mis en place des partenariats avec d'autres hôpitaux : beaucoup sont par exemple à la recherche d'aides-soignants hommes, pour des problèmes de brancardage, ou encore d'agents de surveillance, à cause des problèmes de sécurité. Nous avons donc pris en charge, sur le principe du volontariat, la formation d'agents du service intérieur pour en faire des aides-soignants, ou des agents de sécurité : ils perçoivent leur rémunération pendant le temps de formation, sont promus dans notre établissement puis mutés dans l'établissement d'accueil. Certains personnels logistiques sans qualification se sont également vu proposer de passer des CAP polyvalents, les hôpitaux recherchant souvent des personnels techniques vraiment qualifiés ; nous essayons aussi de trouver des débouchés du côté des collectivités territoriales.

Chaque cas est étudié individuellement. Avec de la patience et de la ténacité, on peut obtenir des résultats intéressants, en dépit de tous les freins à la mobilité.

Deux ans après le lancement du plan d'accompagnement social, on sait aujourd'hui que, grâce à toutes les mesures mises en place, l'évolution des effectifs sera conforme au *business plan*, sans pénalisation pour le personnel.

DÉBAT

De surprenantes particularités de gestion

Un intervenant : *Êtes-vous sûr de faire des économies en recourant massivement à des entreprises privées pour les aspects logistiques ? Par ailleurs, lorsque vous vous installez à Bichat, j'imagine que vous devez payer les prestations générales dont vous bénéficiez ?*

Patrick Mordelet : C'est exact. Selon notre *business plan*, nous passons de soixante-quinze millions de francs de coûts logistiques avant l'ouverture de la première clinique parisienne, à quatre-vingts millions après l'ouverture de la dernière clinique ; mais cette augmentation est compensée par les économies que nous faisons sur les emplois logistiques, puisque nous emploierons environ deux cent cinquante personnes de moins.

Int. : *Mais on ne peut pas échanger des coûts salariaux contre des coûts logistiques !*

P. M. : Si, justement : comme je vous l'ai dit, l'autonomie de gestion dont disposent les établissements hospitaliers est très importante et permet des transferts de crédits, d'un groupe de dépenses à un autre (par exemple des dépenses de personnel vers les dépenses médicales) ; il suffit de faire valider cette décision par le conseil d'administration. C'est un atout exceptionnel, que nous envient beaucoup de collègues étrangers. En revanche, c'est également un frein à un certain nombre d'évolutions, car le très grand pouvoir dont disposent les hôpitaux leur permet de résister à certains programmes de restructuration. Le plan stratégique de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie, qui demande aux hôpitaux de réaliser de trente-deux à trente-quatre milliards d'économie et de supprimer cent soixante mille emplois, s'est ainsi heurté à un tollé général de la part de notre corporation.

Int. : *Malgré tout, je ne comprends pas comment vous pouvez faire face à des investissements immédiats, qui sont énormes, alors que les économies que vous prévoyez n'interviendront que plus tard.*

P. M. : Il faut savoir tout d'abord que l'établissement jouit d'une situation financière saine, et notamment de capacités d'autofinancement non négligeables, accumulées au fil des années, qui représentent cent quarante millions de francs sur les cinq cents millions nécessités par l'ensemble de l'opération. En plus de cet autofinancement, nous bénéficions du soutien du Fonds d'Investissement pour la Modernisation des Hôpitaux (FIMHO).

Int. : *Nouveau motif de surprise ! Comment avez-vous pu mettre de l'argent de côté ? C'est inattendu de la part d'un hôpital !*

P. M. : La mise en place du budget global des hôpitaux, à partir de 1983, a été très favorable aux hôpitaux psychiatriques dans la mesure où les activités d'hospitalisation diminuaient de plus en plus, compte tenu à la fois des progrès réalisés dans le domaine des neuroleptiques et des psychotropes, mais aussi de la politique de sectorisation, dans laquelle s'inscrit d'ailleurs notre projet de délocalisation, et qui consiste à éviter l'hospitalisation et à soigner les gens près de chez eux. En comparaison, les hôpitaux généraux qui étaient confrontés à une augmentation de leur activité de l'ordre de 10 % à 20 %, dans certains secteurs, et dont le budget annuel restait sensiblement le même, connaissaient des situations très difficiles.

La fermeture de l'établissement : un traumatisme ?

Int. : *Si j'ai bien compris, vous allez complètement fermer le site de Neuilly-sur-Marne ?*

P. M. : Il se trouve que j'ai commencé ma carrière il y a vingt ans en dirigeant un petit hôpital psychiatrique ; je me suis beaucoup intéressé à la question et j'ai soutenu une thèse sur l'intégration du malade mental dans la société civile, qui passe à mon avis par la suppression pure et simple des hôpitaux psychiatriques tels que nous les connaissons, ce qui ne veut pas dire suppression de l'hospitalisation. Nous sommes très en retard en ce domaine par rapport aux Britanniques, qui ont constitué une association, *The Hospital Closure Network* - "le réseau des hôpitaux qui ferment" - ils sont passés de cent trente hôpitaux encore en activité il y a dix-huit ans à une vingtaine aujourd'hui, et fermeront le dernier en 2004, tandis que la France maintient toujours ses quatre-vingt-dix-sept hôpitaux psychiatriques en activité.

Int. : *Mais tout n'est quand même pas négatif dans l'histoire de Maison Blanche ! Cet établissement a par exemple eu un rôle essentiel dans le développement de l'activité ambulatoire ; vous allez rayer tout cela d'un trait de plume ?*

P. M. : Le site de Neuilly-sur-Marne disparaîtra, mais l'établissement ne disparaît pas, bien au contraire : si vous téléphonez à notre nouvelle administration parisienne, on vous répondra : « Maison Blanche, je vous écoute » ! L'un des arguments qui ont facilité le dialogue avec les représentants syndicaux est d'ailleurs que Maison Blanche va même se développer et jouer un rôle très important : auparavant, sur Paris, pour les problèmes générés par l'exclusion, la toxicomanie, etc., les seuls interlocuteurs étaient des associations ou des institutions privées, qui jouissaient d'une situation de monopole ; désormais, nous entrons en compétition avec elles : on nous consulte pour implanter de nouvelles structures, par exemple pour créer des boutiques destinées à réduire les risques sanitaires liés à la toxicomanie.

Transparence ou clair-obscur

Int. : *Le projet de fermeture totale de l'établissement est-il clairement connu de l'ensemble des personnels ?*

P. M. : Par principe, je suis partisan de la transparence totale, et j'ai donc commencé par afficher très clairement quelles étaient mes intentions. Cela m'a valu, il y a deux ans et demi, d'être séquestré pendant trois jours et deux nuits, et de subir une grève qui a été longue et difficile. J'ai donc été amené à dire les choses de façon plus progressive et plus prudente. Actuellement, les personnels savent que l'ensemble des services d'hospitalisation vont être transférés à Paris ; en revanche, la décision de fermeture totale n'a pas été annoncée, et les conséquences de cette fermeture sur les personnels directement attachés au site de Neuilly-sur-Marne ne sont probablement pas encore claires pour tout le monde. J'estime qu'il s'agit d'une décision qui a un poids symbolique considérable, et que ce sera plutôt à la direction de l'agence régionale d'hospitalisation de l'annoncer. Mais progressivement, les gens se font à l'idée de tous ces changements. L'établissement vient par exemple de fermer plusieurs services logistiques qui nous coûtaient extrêmement cher, et dans lesquels travaillaient des personnels très qualifiés ; si je l'avais annoncé dès mon arrivée, il y a quatre ans et demi, j'aurais provoqué une véritable révolte. Aujourd'hui, les personnels concernés ont accepté la fermeture et entrepris des formations de reconversion.

Frédérique Pallez : Votre position actuelle me confirme dans la proposition que j'avais faite, plus ou moins sous forme de boutade, de développer une théorie du "clair-obscur" en matière de gestion des ressources humaines : certes, la transparence est souhaitable, mais elle est souvent incompatible avec une véritable capacité stratégique.

Élisabeth Beau : Le cas de Maison Blanche est à cet égard particulier, parce que la fermeture totale du site a quelque chose de traumatisant. Mais c'est une situation relativement rare : à l'hôpital de Moissel, petit établissement en très bon état qui va être converti en centre médico-social, le contrat d'objectif a pu être affiché très clairement dès le départ. Il faut bien mesurer le fait que si les projets ne sont pas parfaitement explicites pour tout le monde, ils risquent de perdre de leur légitimité aux yeux des personnels, et leur réussite peut être compromise.

Int. : *Il faut également savoir faire un bon usage du secret : il y a un temps pour préparer les projets, où rien ne doit transparaître, sinon cela peut mettre le feu aux poudres ; puis vient le temps où l'on peut annoncer la décision, une fois qu'elle a été soigneusement mûrie et que les mesures d'accompagnement ont été prévues.*

L'art de la négociation

E. B. : Je crois que la gestion du temps de la préparation et de l'annonce est en effet capitale, mais qu'il est tout aussi essentiel que le projet prévoie un accompagnement en termes de moyens, qu'il s'agisse d'investissement, de fonctionnement, ou de mesures sociales, avec un délai qui permette à chacun des acteurs de l'hôpital d'anticiper les possibilités qui vont s'offrir à lui : tout n'est pas négatif dans le changement ; en présentant un projet global sous forme de contrat d'objectifs et de moyens, on permet à chacun de saisir des opportunités.

Int. : *Il me semble que le point fort de votre projet, c'est aussi qu'il repose sur un principe avec lequel tout le monde pouvait être d'accord, celui de la sectorisation de l'offre hospitalière en psychiatrie : un agent public n'est pas quelqu'un qui exerce un métier comme un autre ; il remplit aussi une fonction sociale, et il sera plus disposé à accepter un changement de gestion s'il est convaincu que cela lui permettra de mieux remplir cette fonction.*

P. M. : Il faut également savoir préserver l'honneur des gens. Lorsque j'ai négocié le *business plan* avec le corps médical, certains des médecins sont venus m'expliquer que "ça ne passerait pas" auprès de leurs collègues si je n'exigeais pas de l'agence d'hospitalisation qu'elle alloue au projet une enveloppe budgétaire supplémentaire (vingt millions de francs sur trois ans) ; en réalité, je pouvais me passer de cet apport financier, mais si je ne l'avais pas demandé à l'agence, j'aurais été seul contre tout le corps médical.

Int. : *C'était pour eux une façon de sauver la face : ils ne se sont pas fait dicter la décision : ils ont négocié et ont obtenu une compensation...*

La gestion prévisionnelle et ses limites

Int. : *Élisabeth Beau, vous avez parlé de gestion prévisionnelle : de quels outils concrets disposez-vous ?*

E. B. : Dès la création de l'agence, nous avons mis en place un système d'information sur les questions sociales à partir des bilans sociaux des hôpitaux : il comprend des informations sur la structure des emplois, le turnover, les motifs des départs, les recrutements, l'absentéisme, les coûts de formation continue, etc., en fonction des différentes catégories d'emploi, et tient également compte de la baisse du pouvoir d'achat des hôpitaux, qui se traduit essentiellement par des gels de postes. Nous disposons donc aujourd'hui, pour les deux derniers exercices, d'éléments qui nous permettent d'extrapoler certaines évolutions, et d'envisager plusieurs hypothèses pour satisfaire au mieux aux exigences des établissements. Nous avons également entrepris une étude sur les métiers, pour essayer de prévoir les évolutions liées aux innovations techniques, à l'automatisation, au traitement moderne de l'information, aux nouveaux moyens de communication, etc. : des métiers

disparaissent, des compétences deviennent obsolètes en quelques années. Nous souhaitons pouvoir anticiper ces évolutions et proposer des formations aux personnels concernés : nous avons par exemple besoin actuellement d'ingénieurs en organisation, de responsables de qualité, de responsables de suivi des infections nosocomiales, de techniciens en informatique. Cela dit, il est très difficile de mettre en place cette gestion prévisionnelle, parce que chaque fois que nous lançons un groupe de travail ou de prospection, nos partenaires sont convaincus que nous préparons de sinistres projets de suppression de milliers d'emplois, et qu'il ne s'agit que de propagande destinée à nous permettre d'arriver plus vite à nos fins. Nous sommes pourtant de bonne foi et n'avons pas les intentions inavouées qu'on nous prête ; mais là encore, si tout cela doit conduire à une grève générale des secteurs concernés, nous serons peut-être contraints de faire machine arrière et de procéder différemment !

Présentation des orateurs :

Élisabeth Beau : directeur d'hôpital, chargée de mission à l'ARH d'Île-de-France pour la psychiatrie et les questions sociales. Elle a été DRH, puis DSIO au centre hospitalier d'Avignon, puis chargée de mission à la Direction des Hôpitaux (mission PMSI - étude nationale de coûts par activité médicale - comptabilité analytique - nouvelles modalités d'allocation budgétaire).

Patrick Mordelet : docteur en droit, diplômé de sciences politiques et de l'école nationale de la Santé Publique, est directeur d'hôpital. Il a été conseiller technique du ministre de la Santé et directeur des études et de la recherche à l'ENSP. Il est l'auteur de plusieurs ouvrages sur la gestion de l'hôpital, la psychiatrie et la coopération internationale.

Diffusion octobre 1999