

# Pourquoi j'ai quitté l'Hôpital pour le privé ou l'échec de la gouvernance administrative

## Why I Left the University Hospital for the Private Clinic Hospital - The Failure of the Ad-ministrative Governance

Jean-Gabriel Balique

### Résumé

Arrivé au sommet de la carrière hospitalo-universitaire en 2000, j'ai décidé de quitter l'hôpital pour le secteur privé pour les raisons qui s'expriment aujourd'hui de façon encore plus évidente : le mandarinat administratif a remplacé le mandarinat médical, les médecins ont été définitivement exclus de la gouvernance avec la réforme HPST. La nouvelle gestion administrative, la course au budget, la multiplication des protocoles inversement proportionnelle à la qualité de prise en charge humaine des patients, la multiplication des postes de directeurs et de cadres parallèle à la diminution des effectifs de soignants, la suppression des services ont conduit au malaise actuel où le burn out est généralisé : les médecins et les internes n'ont plus d'espérance et le personnel soignant est totalement déconsidéré. Le versement de millions n'y fera rien si une refonte complète du système n'est pas entreprise avec une nouvelle gouvernance où les médecins auront un rôle décisif, en recréant des unités à taille humaine avec des conditions de travail correctes et en revalorisant les salaires avec une part proportionnelle à l'investissement des médecins et du personnel.

En privé tout est centré sur le patient et la rémunération des médecins, à l'inverse du public, dépend de leur activité. Les établissements privés se sont regroupés et devenus des structures de haut niveau qui attirent les médecins motivés. Tout cela se fait en respectant leur budget, car aucune structure ne pourrait se permettre le moindre déficit, sous peine de fermer.

Il faut redonner de l'envie et de la considération à tous les soignants, des Médecins au personnel soignant.

### Mots clés

- ◆ Échec hôpital
- ◆ Échec gouvernance administrative
- ◆ Démotivation des médecins et personnels soignants
- ◆ Départ en libéral
- ◆ Nouvelle réforme

### Abstract

I have reached the peak of the university hospital career in 2000, I decided to leave the university hospital for the private clinic for the reasons which are expressed today even more clearly: the administrative mandarinat replaced the medical mandarinat, doctors have been permanently excluded from governance with the HPST reform.

The new administrative management, the race for the budget, the multiplication of protocols inversely proportional to the quality of human care of patients, the multiplication of posts of directors and executives parallel to the decrease in the number of carers, the abolition of services, they have leads to the current malaise where burn out is wide-spread: medical doctors have no hope and the nursing staff is totally discredited. The subvention of millions of euros will do nothing if a complete overhaul of the system is not undertaken with a new governance in which doctors will have a decisive role, by recreating units on a human scale with correct working conditions and by upgrading the salaries with a share proportional to the investment of doctors and staff.

In private clinical hospital everything is centered on the patient and the remuneration of doctors. Unlike the public, it's depends on their activity. Private hospitals have come together and become high-level structures which attract motivated medical doctors. All this is done within their budget, because no structure could afford the slightest deficit, under penalty of closing.

We need to restore envy and consideration to all caregivers, from Doctors to nursing staff.

### Keywords

- ◆ Hospital failure
- ◆ Administrative governance failure
- ◆ Demotivation of doctors and nursing staff
- ◆ Liberalization
- ◆ New reform

### Correspondance

Pr Jean-Gabriel Balique, PUPH

Chirurgie générale et digestive - Clinique du Parc - 9 bis, rue de la Piot 42270 Saint Priest en Jarez.

E-mail : [jgbalique@gmail.com](mailto:jgbalique@gmail.com)

J'ai quitté le CHU de Saint Etienne en 2000 pour les mêmes raisons qui expliquent la crise actuelle de l'hôpital public.

## 1985 : La carrière

Nommé PUPH, chef de service à 36 ans, j'avais atteint mon rêve construit progressivement au contact de mes différents patrons rencontrés au cours de mes études et de mon internat, en particulier Pierre Marion et Jacques Cuilleret. Ce n'était pas un but mais le moyen de mettre en œuvre tout ce que j'avais appris aux bénéfices des patients. Les trois fonctions de soins, d'enseignement à tous les niveaux, de recherche clinique convergent vers cet objectif. A la tête d'une équipe, j'ai pu développer la chirurgie digestive : l'introduction et le développement de la coelioscopie grâce à Philippe Mouret qui a révolutionné la prise en charge des patients dans le sens d'une chirurgie efficace et non traumatisante, l'amélioration de la

prise en charge des urgences, secteur souvent négligé, le développement de la chirurgie du sujet âgé (dès 1986) et évidemment la cancérologie (premières RCP avant la lettre, radiothérapie per-opératoire, chimio hyperthermie intra péritonéale et la chirurgie hépatique (avec Jack Porcheron). Il ne manquait que les transplantations pour rivaliser avec les plus grands services hospitalo-universitaires. J'ai eu l'honneur de contribuer à former 8 élèves pendant cette période, but normal de tout « patron ». Tout a très bien marché pendant quelques années : l'activité a explosé mais progressivement, il m'était de plus en plus difficile d'assumer toutes ces tâches en raison : de moyens insuffisants, des difficultés de plus en plus importantes pour soigner les patients comme je le souhaitais : c'est à dire une prise en charge rapide, efficace et humaine, de l'épuisement par des réunions stériles, de la disparition de tout pouvoir et de l'emprise de plus en plus importante de l'administration. L'arrivée des 35 heures n'a fait qu'aggraver la situation.

## 2000 : Le tournant

En 2000 ne voulant pas sacrifier mes patients ni cautionner un système de plus en plus étatique et voyant qu'il me serait impossible d'arriver au grand service que j'espérai, j'ai décidé de démissionner. J'ai eu droit à cette occasion, a beaucoup de reconnaissance de la part de mon équipe et de mes patients, d'un enterrement par les internes et les assistants (je dois être le seul patron à avoir assisté à son enterrement de son vivant !). J'ai aussi le regret de ne pas avoir pu aller plus loin avec eux. Mais ma première mission était de soigner.

Mon constat a été le suivant : l'hôpital n'est plus fait pour soigner les patients mais pour faire des économies. Les médecins qui veulent soigner les patients et les patients eux-mêmes sont devenus des freins à cette action.

J'ai donc choisi, à 50 ans, la médecine libérale, pour mieux soigner avec un minimum de contraintes administratives.

## La médecine libérale

La médecine libérale est organisée pour les patients : celui-ci est au centre du système, tous les médecins et les établissements sont directement intéressés, évidemment financièrement mais en contrepartie ils engagent directement leur responsabilité (à l'inverse de l'hôpital). De même les établissements font tout pour aider cette prise en charge. Les cliniques se sont remises en cause et ont fait un énorme effort de restructuration passant par des regroupements et l'acquisition de plateaux techniques de pointe pratiquement équivalents aux plus grands hôpitaux. Quelques grands groupes de taille nationale ou internationale ont aidés à cette restructuration. Si bien qu'elles sont très attractives pour les médecins les plus motivés et innovants. J'avais l'engagement à mon arrivée de pouvoir réaliser la même chirurgie qu'au CHU et sans sélectionner les patients. Dire que les cliniques sélectionnent les activités les plus rémunératrices est une désinformation.

La gestion y est rigoureuse et les marges de manœuvre étroites car elles ne peuvent pas se permettre d'être déficitaires. L'état ne leur viendra pas en aide et ceux malgré la pression toujours plus forte de l'HAS (à l'inverse du public) qui impose des normes toujours plus contraignantes. L'équilibre est précaire et de nombreux établissements sont obligés de fermer et pour les autres la part des investissements diminue du fait de ressources toujours inférieures à l'inflation ce qui risque à court terme d'avoir de graves conséquences sur l'avenir de ce secteur. Sa survie est à la merci à tout moment d'une décision politique dans ce système totalitaire.

Finalement la seule liberté pour les praticiens est de fixer leurs honoraires très encadrés et surtout la liberté d'organiser leur temps de travail, quant aux cliniques, complètement soumises à l'HAS, leur seule liberté est d'agir sur le tarif de certaines chambres ...et le prix des boissons !

Un autre atout des cliniques est leur réactivité pour régler les problèmes et notamment pour favoriser la venue de nouveaux praticiens : deux exemples : à mon arrivée, la clinique s'est restructurée en quelques semaines en termes de matériel et de locaux. Un autre exemple : pour améliorer la prise en charge des urgences, il y a six ans, la clinique a fait appel à une nouvelle équipe d'urgentistes venus du CHU. Grâce à leur motivation et leur intéressement à l'activité ils ont dynamisé les urgences si bien que leur équipe s'est renforcée et que la clinique a mis les moyens en conséquence. Je peux dire pour bien connaître le problème des urgences (qui souffrent par ailleurs d'un problème de société et d'organisation de la santé) que notre clinique est des plus performantes : en un SEUL passage, le patient est examiné, les examens nécessaires réalisés, un diagnostic et un traitement médical ou chirurgical mis en route. Ceci est très loin d'être le cas dans de nombreux services

## Les causes de la crise : l'échec de la gouvernance administrative et les 35 heures

L'analyse de la dégradation des conditions de travail montre deux causes principales : la gouvernance administrative et le coup de grâce des 35 heures.

Depuis de nombreuses années, la volonté politique a été de détruire le pouvoir et l'influence des médecins. Le mandarinat médical a été remplacé par le mandarinat administratif des fonctionnaires. Le « pouvoir » médical a permis à la médecine française d'être considérée comme la meilleure du monde. Les médecins luttèrent pour avoir les moyens de développer leur activité. Progressivement par les réformes successives (sous l'influence de l'école de Rennes formatée à dessin) le mandarinat administratif s'est imposé, favorisé par la désunion des médecins incapables de s'entendre face à l'administration, chacun essayant de jouer son jeu pour bénéficier des faveurs de l'administration.

La réforme HPST (hôpital, patients, santé, territoires) de 2008 a définitivement consacré le pouvoir absolu du directeur au détriment des médecins, la CME n'a plus aucun pouvoir comme les chefs de services mais eux continuent d'assumer toutes les responsabilités. La constitution de pôle, en théorie intéressante, a permis en fait de mieux contrôler les médecins et le personnel :

Les conséquences sont catastrophiques :

- multiplication des directeurs, sous directeurs, cadres, sous cadres ;
- les cadres sont tous puissants, dans certains cas ayant même autorité sur le médecin ;
- multiplication des réunions stériles entraînant une perte de temps considérable ;

- multiplication des protocoles, que personne ne lit, au nom de la sécurité mais surtout pour se protéger. La qualité des soins et la prise en charge des patients est inversement proportionnelle à cette débauche. Elle donne « l'impression » de s'occuper des patients. Sans oublier les ravages du principe de précautions ;
- on en arrive à définir une notion de « temps patient » pour ne pas complètement les oublier dans ce planning et se rappeler qu'on soigne des patients ! notion qui ne serait venue à l'idée de personne il y a quelques années parce que par définition et naturellement on doit s'occuper d'eux humainement !;
- les conditions de travail qui s'étaient déjà dégradées on était aggravées par les 35 heures. n'y a aucune reconnaissance du personnel, les planning changent sans arrêts; toutes ces conditions ne seraient probablement pas acceptées par ceux qui les imposent ;
- les 35 heures ont aussi accentué la pénurie déjà existante de personnel médical et soignant. La réduction du temps de travail a provoqué une réduction du temps de soins, qui sont réalisés au « contre la montre » à l'opposée d'une prise en charge humaine, les délais de rendez-vous sont de plus en plus longs, les heures d'ouverture de bloc réduites entraînant l'annulation de patients ou leur report ;
- le personnel est devenu interchangeable dans un pot commun détruisant l'esprit d'équipe des unités ;
- le turn over imposé pour des raisons économiques va à l'encontre de la spécialisation devenue indispensable pour la qualité des soins ; viendrait-il à l'idée de demander à un chirurgien digestif de faire de la chirurgie cardiaque en raison d'un manque d'effectif ?;
- les urgences sont devenues incompatibles avec ce système : les directions ne comprennent pas que les urgences sont par définition non programmables.

En conclusion les conséquences sont gravissimes :

- pour les médecins et le personnel soignant, le moral est atteint, plus de 70 % sont démotivés, déprimés ou en burn out. Les carrières ne sont plus attrayantes. Les départs sont nombreux et il y a peu de candidats pour les remplacer. C'est la roue de Deming : le malaise entraîne le départ des médecins et du personnel soignant qui aggravent encore les conditions de travail qui elles même sont à l'origine de nouveaux départs !
- pour les patients : il existe un certain taux de mauvaises prises en charge quand elle est devenue possible, des retards diagnostiques et de traitement, à l'origine de complications graves voir de décès ;
- dans ce contexte essayer de soigner un patient relève du combat et de l'épuisement si l'on ne veut pas cautionner ce système. L'autre solution est de soigner quand toutes les conditions seront réunies ce qui nécessite plusieurs jours ou semaines de délai, au détriment de l'intérêt des patients et pour le plus grand bonheur de l'administration ! Dans ce tableau sombre, il reste quelques services ou secteurs où le malaise est moins aigu. De même dans l'administration il peut y avoir des bonnes volontés mais elles sont soumises au système ;
- sur le plan économiques, toutes ces mesures entraînent une explosion des dépenses.

La multiplication des réformes depuis plus de 20 ans, n'a fait qu'aggraver la situation : ce n'est pas en remplissant le tonneau des Danaïdes par des mesurette et par des sommes colossales d'argent que les problèmes ont été réglés. Ils se sont au contraire considérablement aggravés.

La crise qui dure depuis plus an n'est que le résultat de ces politiques. Le pouvoir administratif développé à l'extrême a conduit à cet échec flagrant en déshumanisant les hôpitaux et refoulant les patients.

La fable du rameur et des barreaux qui datent de plus de 20 ans et dont je n'ai pas réussi à trouver l'auteur (il y en a eu plusieurs au cours des ans) reflète parfaitement la situation et les rapports public-privé (cf annexe).

## Les solutions et les espoirs

Il faut arrêter cet aveuglement, cet autisme et comprendre qu'il faut changer radicalement de cap en prenant exemple sur deux systèmes qui fonctionnent très bien et qui sont à l'équilibre : la gestion des CAC et des cliniques. Le système mutualiste est tout à fait comparable au système hospitalier avec simplement une meilleure rémunération des médecins.

### Le principe

Il repose sur une évidence : la vocation première et principale pour la très grande majorité des médecins est de soigner des patients. Inversement, les patients viennent consulter un médecin et son équipe pour se faire soigner, en aucun cas il ne s'adresse à l'administration.

Le système hospitalier doit avoir pour SEUL OBJECTIF de donner les moyens aux médecins et aux soignants d'exercer leur métier et leur vocation. Il faut redonner de l'espoir et de l'envie à tous les soignants pour qu'ils puissent à nouveau exercer un métier extraordinaire. Cette grande réforme qui touche tout le système de santé comporte de nombreuses mesures.

### Les mesures suggérées

#### Remettre au centre de la gouvernance, en binôme avec le directeur, le médecin qui aura le pouvoir de décision

Une formation économique ou administrative lui sera probablement nécessaire, à condition qu'à l'issue de celle-ci, il n'oublie pas qu'il est avant tout un médecin fait pour soigner des patients et que l'hôpital a pour mission principale et prioritaire de soigner des patients ! La gestion des CAC est à ce titre exemplaire : l'organisation et la gestion sont assurées avec succès et équilibrées par des médecins. Dans le secteur privé où des médecins ont un poids important, il est indispensable et obligatoire de conjuguer la qualité des soins et le respect du budget.

## **Parallèlement, Il faut responsabiliser la gouvernance dans sa gestion**

En effet actuellement dans l'administration des hôpitaux il n'y a aucun responsable : les directeurs se succèdent au bout de quelques mois (par carriérisme en général) et n'ont aucune responsabilité sur les conséquences de leur gestion qu'ils ne voient d'ailleurs pas car ils ont déjà été mutés !

De même il faut responsabiliser tous les acteurs qui doivent assumer leur décision et leur action. La responsabilisation permettrait un meilleur investissement et une meilleure prise en charge des patients. Les médecins sont actuellement totalement impunis en cas de problèmes, contrairement au secteur privé qui assure une prise en charge complète des patients et qui sont en permanence sous le risque d'une plainte. Il n'est pas normal qu'il y ait deux poids et deux mesures avec le secteur privé.

## **Mieux rémunérer l'ensemble des acteurs mais en fonction de leur activité et de leur responsabilité**

Ceci est valable pour les médecins mais aussi pour le personnel qui s'investit dans son travail, notamment pour ceux qui prennent plus de responsabilités. C'est la moindre des justices. Ceci permettra de corriger les inégalités flagrantes de travail pour un même salaire : il n'est pas normal qu'un Praticien Hospitalier aux « 35 heures », ait la même rémunération qu'un autre PH travaillant le double ! Il n'est pas normal que des mercenaires soient payés pour une activité quasi nulle à plus de 1000 € les 24 h pour maintenir une structure bancalée. Il est aussi injuste et contraire à toutes les règles d'embaucher d'emblée un assistant comme PH échelon 10 uniquement pour qu'il ne parte pas dans le privé !

La rémunération des médecins du privé est souvent évoquée voir enviée comme étant largement supérieure à celle du public. Mais il faut rappeler un certain nombre de vérités qui tempèrent cette affirmation :

- le niveau de revenu dépend essentiellement de la somme de travail effectué : ramener à l'heure de travail, il est peu différent voir inférieur à celui d'un médecin des hôpitaux ;
- le médecin libéral engage en permanence sa responsabilité (avec des primes d'assurances importantes) ce qui n'est pas le cas à l'hôpital ;
- enfin il n'y a aucune sécurité d'emploi, ni garanti de revenu contrairement au public (la crise du Coronavirus en est la preuve). Cette pression explique qu'un nombre de médecins quitte le secteur privé en fin de carrière pour avoir la sécurité du secteur public.

## **Reconsidérer le personnel soignant**

En leur donnant des conditions de travail stables et humaines, en les valorisant en plus d'une augmentation de salaire (c'est valable aussi pour le privé) : dans ce cadre, il faut reconstruire des unités à dimensions humaines, spécialisées et à la carte. La spécialisation est devenue incontournable pour une qualité de prise en charge optimale : c'est plus utile qu'une pléthore de protocoles jamais expliqués ni jamais appliqués mais cela rassure l'administration : un décès « n'est pas grave » si les protocoles ont été respectés !

## **Dans cette nouvelle gouvernante mixte**

Il est indispensable que les résultats soient évalués non seulement sur des critères de quantité mais surtout de qualité de prise en charge des patients. Il faut qu'ils soient pris en compte dans les rémunérations et les dotations. Tous les médecins doivent, comme c'est déjà le cas depuis plus de 10 ans dans le privé, être obligés d'avoir une formation continue d'évaluation de leur pratique. En effet, l'incompétence, l'ignorance et la démotivation, le « je m'en foutisme » sont dangereux pour les patients et de plus coûtent très chers à la société.

## **Réduire de façon drastique le nombre de directeurs, sous-directeurs, sous-cadres, cadres, super cadres**

Cela lèverait un frein au travail, redonnerait plus de temps et de souplesse pour mieux soigner les patients et de s'adapter à chaque patient car tous les patients sont différents les uns des autres. Cela réduirait d'une part de façon non négligeable la masse salariale et d'autre part entraînerait des économies de fonctionnement.

## **Un autre problème, difficile à régler, est celui du secteur privé à l'intérieur de l'hôpital**

En théorie, il permet de garder des médecins à l'hôpital. J'en ai bénéficié mais j'ai trouvé que ce n'était pas toujours compatible et sain pour tout le monde. Cela peut être aussi à l'origine d'abus. Je crois que la meilleure solution serait que l'activité libérale soit faite à l'extérieur de l'hôpital. Par ailleurs si les médecins étaient mieux rémunérés et si les PU-PH bénéficiaient aussi de la retraite de PH (ils sont PU et PH) beaucoup arrêterait cette activité.

## **Il faut revoir la carte sanitaire**

Il faut résoudre la question des petits hôpitaux et des petites structures. Il n'est plus possible de maintenir à bout de bras et à renfort d'argent des structures, principalement des hôpitaux, qui n'ont pas ou plus les moyens d'assurer une prise en charge normale et de qualité des patients en terme de sécurité, d'équipement et de compétence soit par manque de moyens soit par manque de personnel, en particulier de médecins. Il n'est pas normal que le fonctionnement aléatoire soit assuré par des médecins n'ayant pas les diplômes ou la compétence nécessaires (dans certains cas, ils ne peuvent pas s'exprimer en français) ou que l'on fasse appel à des médecins mercenaires totalement désintéressés par la structure sauf pour la rémunération digne d'un joueur de football. Ils restent quelques heures sans s'investir. Il faut supprimer ces hôpitaux qui ne répondent pas aux critères de qualité. Le secteur libéral l'a fait depuis longtemps pour de telles structures qui ont été fermées ou souvent intégrées dans de grands groupes.

En effet il vaut mieux que les patients soient pris en charge un peu plus loin, ce qui est devenu plus facile avec les moyens de transport et de communications actuels, pour bénéficier des meilleurs conditions de soins que ce soit dans un établissement public plus important ou dans le secteur privé dans le cadre de collaboration. Cela évitera beaucoup de catastrophes liées à des prises en charge incomplètes ou incompétentes qui ont de lourdes conséquences pour les patients, pouvant aller jusqu'à leur décès. Ce sera beaucoup plus sûr pour eux et cela coûtera beaucoup moins cher à la société. Il est extraordinaire que les hommes politiques qui défendent leur petit établissement uniquement pour des raisons électorales soient les premiers à se faire soigner ailleurs quand c'est pour leur santé ou celle de leurs proches. Cela est reconnu depuis longtemps mais personne n'ose prendre les décisions nécessaires, bénéfiques pour les patients et la société toute entière. Il

faut passer au-dessus de l'hypocrisie de ces politiques. L'exemple des maternités est à ce titre remarquable. Parler de qualité et de performance : c'est juste ça ! On ne peut pas mettre un CHU dans chaque village !

### **La collaboration public - privé est un autre problème qui doit être résolu objectivement**

Le niveau atteint par les grandes cliniques n'a plus rien à envier à celui des CHU. Dans ces conditions, il ne doit pas y avoir de compétition mais une collaboration étroite pour les soins mais aussi pour l'enseignement et la recherche. Pour cela il faut qu'il y ait, de la part du public et de l'HAS, une réelle volonté pour l'appliquer. Il faut arrêter de montrer du doigt et jalouser le secteur privé. Le privé ne souhaite que collaborer. En particulier pour la carte sanitaire il faut être pragmatique, ne pas maintenir coûte que coûte des structures hospitalières qui n'ont aucun recrutement ou qui sont incapables voir dangereuses si à côté il y a un établissement privé performant !

### **Les carrières universitaires doivent être également reconsidérées**

Le premier constat est que les postes de PU-PH ne sont plus attractifs pour les raisons citées ci-dessus. Par ailleurs le parcours pour arriver à ces postes est un parcours excessivement long et difficile. Peu de candidat actuellement n'accepte de travailler autant, pratiquement bénévolement, et souvent au détriment de sa vie personnelle, comme nous l'avons fait, pour des postes difficiles à atteindre et qui ne font plus rêver comme autrefois. C'est ainsi que de nombreux internes préfèrent partir en libéral une fois obtenu leur formation et leur compétence. De plus le niveau exigé est très élevé avec un cahier des charges délirant que les membres eux-mêmes des CNU n'ont pas toujours obtenus ou seraient incapables actuellement d'obtenir. Dans ce cursus, la qualité des soins n'est pas prise en compte, la moindre des choses est que ces lauréats possèdent une excellente compétence pour soigner ou opérer, mais ce n'est malheureusement pas actuellement un critère fondamental dans ce cursus. Par ailleurs il est certain qu'il n'est plus possible actuellement qu'un PU-PH puisse remplir, comme autrefois, ses trois missions de : soins, enseignement et recherche et de plus avoir des responsabilités administratives. C'est un problème à résoudre. Pour que ces postes de PU-PH soient attractifs, il faut que l'autorité et le pouvoir des PU-PH soient restaurées vis à vis de la tutelle et que leur rémunération le soit en conséquence. En particulier, les PU-PH sont des PU et des PH au même titres que les autres PH, pourquoi n'ont-ils pas droit à la même retraite ? Je n'ai jamais compris qu'ils puissent accepter une telle injustice. Pour aider les candidats, il faudra aussi leur assurer un financièrement important pendant leur cursus.

### **Enfin il y aurait beaucoup à dire**

- sur le rôle de l'HAS ! L'influence grandissante et démesurée dans la gestion des soins amène à se poser la question : à quoi sert de faire 10 ou 15 ans de formation si tout est remis en cause par cet organisme autoritaire. Lorsqu'un médecin a obtenu son diplôme quel qu'il soit, il doit être libre d'exercer sans contraintes. Seule la qualité des résultats doit intervenir ;
- sur les mutuelles et les assurances qui sont les seuls acteurs du système à « s'engraisser » régulièrement au fil des réformes et des influences politiques. Ce devra être aussi un sujet à discuter.

## **Conclusion**

Depuis plus de 30 ans, de nombreuses alertes sous forme d'articles, de livres, de communications, n'ont eu aucune influence sur cette remise en cause ! Le rapport de Francis Michot de l'Académie Nationale de Médecine (ANM) (1) conclut exactement à la même analyse avec des propositions comparables. Il a été présenté en février 2019 dans le cadre de la nouvelle loi hospitalière mais, à l'évidence, les politiques n'en n'ont pas tenu compte.

Je pense que beaucoup de membres de l'Académie Nationale de Chirurgie (ANC), comme de nombreux collègues, partagent cette analyse et ces solutions, il est du devoir de l'ANC avec l'ANM d'alerter à nouveau les politiques pour qu'ils prennent enfin conscience de la gravité de la situation non seulement dans les hôpitaux mais aussi dans tout le système de santé. Tant qu'ils n'auront pas compris les raisons de cette crise, ils continueront de creuser le gouffre financier parallèlement à la destruction progressive du système de santé. Il faut qu'ils prennent des décisions courageuses pour remotiver les médecins et le personnel soignant et leur redonner l'envie d'exercer un très beau métier, tout ceci pour l'intérêt unique des patients et pour que le système de santé français redevienne le meilleur du monde

NB : La crise du Corona virus ne change rien à cette analyse, elle a montré le dévouement incroyable des personnels soignants et médecins hospitaliers et privés. Il faut espérer qu'à côté des belles paroles et des primes, les politiques comprennent ce qu'il faut faire. Elle a montré aussi le caractère totalitaire de l'HAS.

## **Références**

1. Michot F, Launois B, Bertrand D, Bringer J, Degos L et al. L'hôpital public en crise : origines et propositions. Bull. Acad. Natle Méd. 2019;203:109-21.

## Annexe

La fable du rameur et des barreurs  
(publiée dans les cahiers de chirurgie de 2000)

Un hôpital et une clinique décident de faire des courses d'aviron.

Les deux équipes s'entraînent dur ; la clinique gagne avec plus d'un kilomètre d'avance

L'équipe de l'hôpital est très affectée par cette défaite. Leur management se réunit pour chercher la cause de l'échec. Un groupe d'audit constitué de seniors -managers est désigné. Après enquête, il conclut que l'équipe de la clinique est constituée de huit rameurs pour un barreur, alors que l'équipe de l'hôpital se compose de huit barreurs pour un rameur.

À la lecture du rapport, la direction de l'hôpital a décidé de louer les services d'un cabinet de consultants. Après avoir perçu d'énormes honoraires, ils rendent leur avis : l'équipe de l'hôpital a besoin de plus de rameurs et de moins de barreurs.

La structure de l'équipe de l'hôpital est donc réorganisée. Mais comme personne ne veut devenir rameur, il est décidé de créer quatre postes de barreurs-assistants, trois barreurs-projets et un barreur - chef. Ils mettent aussi en œuvre un système de stimulation pour encourager le seul rameur de l'équipe à travailler beaucoup plus. Baptisé « objectif qualité et zéro défaut » il repose sur des réunions régulières, des évaluations permanentes et un contrat d'objectif pour le rameur.

La deuxième course a lieu et cette fois, la clinique gagne avec 2 km d'avance. L'agence régionale de l'hospitalisation ordonne de licencier le rameur, de stopper la mise en chantier d'un nouvel aviron et d'annuler tout nouvel investissement. Elle récompense les barreurs-managers de leurs efforts en leur donnant le prix de l'organisation. La direction de l'hôpital établit une procédure visant à valider la réalité de l'échec en nommant un pilote de projet dont l'objectif sera d'accréditer une nouvelle stratégie en conformité avec les indicateurs de traçabilité dans le cadre d'un réseau sécurisé de compétences, pour contrôles de qualité du protocole. Par ailleurs elle distribue l'argent économisé par ces mesures de restriction à l'amélioration de son projet d'établissement. Parallèlement, le Ministère de la santé, afin d'égaliser les chances entre le public et le privé, décide que désormais les courses d'aviron entre l'hôpital et la clinique se dérouleront différemment. Pendant que la clinique devra parcourir dix kilomètres, appelé « objectif quantité nationale », l'hôpital n'aura à courir que cinq kilomètres et il lui sera octroyé une subvention exceptionnelle d'un barreur.

La troisième course a lieu. Au bout d'une heure de course la clinique a déjà parcouru douze kilomètres. Très mécontent de ce dépassement de l'objectif, le Ministère de la santé décide que la clinique ne pourra désormais courir qu'avec des rameurs assujettis aux 35 heures et dans une barque prenant l'eau de toute part.

Moralité : rien ne sert de ramer quand on est dans la mauvaise barque.