

**DR ALAIN LIVARTOWSKI**  
Département d'information médicale  
Institut Curie, Paris

# EfficiencE hospitalière et efficiencE du système de santé

***La croissance des dépenses de santé invite à une bonne utilisation des ressources, notamment à l'hôpital. Améliorer l'efficiencE hospitalière suppose de redéfinir la mission de l'hôpital public et de raisonner en « chemin clinique », dont l'hôpital n'est qu'un maillon. Mais les mécanismes de financement ne le permettent pas car les tarifs ne tiennent compte ni du coût de l'organisation, ni du coût de la qualité des soins. Chacun peut sembler efficient dans son secteur, mais le système peut ne pas l'être. Mener une politique de dérégulation qui consiste à confier la maîtrise des dépenses aux seuls producteurs de soins étant inopérant, l'honnêteté collective consisterait à déterminer les bases d'une autre Sécurité sociale, car améliorer l'efficiencE d'un système consiste à en fixer les objectifs puis à mesurer les coûts et la production de soins. Si les agences régionales de santé ne se penchent pas sur ce problème, on peut craindre que la réforme ne se révèle vaine.***

L'augmentation régulière des dépenses de santé est un constat, sur lequel se penchent les politiques et économistes de tous les pays industrialisés depuis des dizaines d'années. Les dépenses hospitalières sont

au premier rang de ces préoccupations : en 2008, elles représentaient en France 44 % de la consommation de soins et biens médicaux avec 75 milliards d'euros, premier poste de dépenses devant les soins ambulatoires (28 %).

De nombreuses réformes et mesures administratives se sont succédé pour tenter de contrôler l'augmentation des dépenses hospitalières : réduction des capacités d'hospitalisation, encadrement des dépenses par l'Objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), tarification à l'activité (T2A). Une politique malthusienne de la gestion de la santé se traduit, outre la réduction de la capacité en lits, par un encadrement du déploiement des technologies innovantes. Selon cette hypothèse, construire des hôpitaux, ouvrir des lits, aboutit à leur occupation par des malades dont l'hospitalisation n'est pas médicalement nécessaire (« un lit ouvert est un lit occupé »).

Une autre démarche consiste à essayer d'optimiser l'utilisation des ressources disponibles. L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) s'est vu confier la mission de mettre à disposition des acteurs des outils de mesure de la performance hospitalière, avec l'idée que des gains de productivité proviennent d'une meilleure organisation. L'ANAP apporte ces outils et retours d'expérience, à charge pour les établissements de conduire eux-mêmes les changements nécessaires à l'amélioration de leur efficiencE et de la qualité des soins.

Que ce soit par des mesures législatives, administratives dépendant des tutelles, ou par des changements d'organisation

auxquels procèdent les établissements, il est demandé aux hôpitaux de dégager des « gains de productivité », remplacé par le terme plus policé d'« efficacité », censé moins heurter la susceptibilité des acteurs de santé. La recherche de productivité concerne tous les secteurs et toutes les entreprises, qu'elles soient industrielles, commerciales ou de services. Il n'est pas choquant qu'elle soit aussi une préoccupation de l'hôpital, mais le problème est la définition du produit fini. S'il est possible de mesurer le coût de production d'une automobile, produit fini, comment mesurer le produit fini du séjour hospitalier d'une personne âgée, hospitalisée en détresse respiratoire pour décompensation aiguë d'une insuffisance cardiaque ?

### Efficiency, efficiency, efficacy, effectiveness...

Le terme « efficacité » est un anglicisme (*efficiency*) qui pourrait se définir par la capacité d'une organisation à obtenir de bons résultats en utilisant le moins de ressources possibles. En d'autres termes, cela consiste au maximum de résultats pour un budget fixé (augmenter le nombre de séjours) ou diminuer les coûts pour un résultat donné (diminuer le coût par séjour).

Les Anglais utilisent plusieurs termes : *efficacy*<sup>1</sup> et surtout *effectiveness*<sup>2</sup>. Un hôpital est efficace si, le critère étant la durée de séjour, celle-ci est la plus courte possible. Il est efficient si, pour une même durée de séjour, il réduit ses coûts, mais la finalité de l'hôpital ne se réduit pas à la durée de séjour la plus courte possible.

Tout dépend de la mission que l'on assigne à l'hôpital public. Deux conceptions de l'hôpital s'opposent et s'affrontent parfois : la première est celle de l'hôpital-plateau technique,

où exercent des techniciens formés à répondre à un problème de santé ; la seconde s'inscrit dans une approche d'hôpital-lieu de vie où, à l'occasion d'un accident ou d'une maladie, se concentre une prise en charge globale, humaine et individualisée.

La première favorisera la mesure de l'efficacité, l'autre une approche plus qualitative, mais aussi plus difficile à mesurer et à évaluer. Les Anglo-Saxons utilisent le terme *effectiveness*, que l'on peut rapporter à des effets non mesurables monétairement, prenant en compte la qualité globale : un hôpital est *effectiveness* si, pour un coût donné, il assure la qualité de l'accueil, du séjour, l'écoute du patient et de sa famille, la rééducation, l'éducation thérapeutique pour éviter l'effet iatrogène des médicaments, une éducation diététique, un lien avec les services d'aide sociale pour mieux gérer le retour à domicile, etc.

L'*effectiveness* est la capacité à produire un effet, en prenant les bonnes décisions pour atteindre le but global eu égard à la mission fixée et à la stratégie mise en œuvre. En oncologie, par exemple, un hôpital *effectiveness* serait un établissement qui se préoccuperait aussi de « l'après-cancer ».

Pour autant, on voit bien qu'une prise en charge de l'éducation thérapeutique par l'hôpital peut nécessiter plus de moyens, représenter un coût plus élevé, mais avec probablement, des conséquences économiques, en diminuant le recours aux soins et évitant les récidives. Pour le système de santé, ce peut être *effectiveness*, moins pour l'hôpital.

*Effectiveness* et *efficiency* ne sont ni synonymes ni antinomiques : ils se complètent. Les deux concepts sont différents, à l'origine de divergences de vue sur la mission de l'hôpital. Le problème est bien de définir la mission

de l'hôpital public. La mission première de l'hôpital est de soigner, à laquelle s'ajoute une mission sociale de service public accessible à tous, en permanence, et d'accès aux soins des plus démunis. Soigner, c'est prendre en compte les soins techniques, *cure* en anglais, et aussi prendre soin, *care*. Car la mission humaine de l'hôpital est vaste : informer, faciliter le retour au domicile, participer à l'éducation thérapeutique. Ces aspects sont difficiles à prendre en compte, à mesurer et donc à valoriser.

### Efficiency et T2A

La T2A à l'hôpital est assez proche du financement à l'acte en médecine libérale : plus j'hospitalise, plus je produis d'actes, plus je gagne. Un hôpital qui réduit sa durée de séjour pour augmenter le turn-over de son secteur d'hospitalisation par une meilleure organisation, pourrait être considéré comme efficient. Il utilise au mieux sa capacité d'hospitalisation en augmentant ses ressources. Est-il pour autant « effectiveness » du point de vue de l'assurance maladie ?

Un moyen de contourner le système consiste, pour un hôpital public ou privé, à éviter des activités peu rentables (coûts > tarifs) pour favoriser les activités bénéficiaires et dégager une marge financière (coûts de production < tarifs). Le risque est que cela s'opère au détriment de la population dont les besoins de santé doivent être couverts, quels que soient les mécanismes de financement.

Le risque des contraintes financières est que les hôpitaux diminuent l'investissement ou tentent de compenser la baisse des tarifs par une augmentation

1. Que l'on peut traduire par « efficacité ».

2. *Effectiveness* n'a pas d'équivalent en français.



de l'activité. Ces mesures contraignantes sont parfois efficaces mais avec le risque d'effets pervers, de dégrader la qualité de service et la satisfaction des personnels : faire rentrer toujours plus de malades et les faire sortir au plus vite !

Faute de se confronter au problème des missions de l'hôpital, les acteurs sont susceptibles d'adopter des comportements contraires à l'effizienz du système de santé, tout en étant eux-mêmes plus efficients. Il ne faudrait pas que des gains de productivité à l'hôpital se traduisent par une déséconomie générale, car une notion fondamentale à considérer en économie est de tenir compte du point de vue.

### Améliorer l'effizienz à l'hôpital

Les questions à poser sont les suivantes : quelle est la mission de l'hôpital au sein du système de santé ? Quelles ressources allouées aux hôpitaux ? Quels sont les coûts d'opportunité liés à une mauvaise organisation ? Quels investissements sont nécessaires pour améliorer la productivité ? Quel niveau de qualité ambitionne-t-on ?

Dans un même hôpital, d'un service à l'autre et à un instant donné, il est nécessaire de disposer des bonnes ressources au bon moment. La connaissance de l'adéquation activité/ressources nécessite de disposer d'indicateurs chiffrés continus et de distinguer activité et charges. Dans une même journée, pour une activité donnée, on peut constater une mauvaise adéquation entre l'activité et le nombre d'agents, entraînant une surcharge de travail, alors que les ressources sont sous-employées à d'autres moments. Or, répartir de façon harmonieuse les moyens reste une tâche ardue.

L'augmentation de l'effizienz passe évidemment par une diminution des coûts. Comme le premier poste de dépenses concerne les dépenses en personnels, tous les plans de retour à l'équilibre s'accompagnent d'une réduction des effectifs. En dehors de ces périodes de crise, une question se pose

et elle est difficile : pour une activité donnée, quelles sont les ressources humaines nécessaires et comment se répartissent-elles entre les métiers ?

Un rapport récent de la Cour des Comptes a étudié les effectifs en médecins et soignants pour une même activité (pneumologie, chirurgiens, orthopédiques, maternité) de quarante établissements. De nombreux chiffres ont été repris dans la presse. À titre d'exemple, les effectifs en infirmiers anesthésistes diplômés d'État (IADE) et infirmiers de bloc opératoire diplômés d'État (IBODE) varient de un à cinq, pour un même nombre d'actes ! En pneumologie, le nombre de médecins par lit varie de un à dix, d'un hôpital à l'autre. La cause de ces écarts est probablement liée à l'histoire propre à chaque établissement, qui les a conduits à des organisations très diverses en termes de moyens de fonctionnement.

Les marges de manœuvre pour diminuer les coûts de personnels sont de jouer sur l'intérim, le non-remplacement des absences et des congés, l'utilisation abusive de stagiaires ou de personnels en formation. Il est possible aussi de jouer sur le degré de qualification ou de bloquer la progression de carrière par l'absence de formation ou la non-reconnaissance des compétences. Il est possible de modifier le seuil des personnes nécessaires pour accomplir certaines tâches.

Un nombre insuffisant de personnels conduit à réduire la qualité, à augmenter les risques et surtout à augmenter les charges de travail de chaque individu, générant des situations de stress, source d'absentéisme. Un nombre trop élevé de personnels, outre le coût, peut aboutir à s'inventer des tâches inutiles, à alourdir l'organisation qui finit par être contre-productive.

Une gestion trop rigoureuse des personnels comporte de nombreux risques. C'est probablement un moyen efficace d'équilibrer un budget mais l'hôpital fonctionne correctement aussi par la qualité des personnes qui y travaillent et par leur satisfaction à mener à bien les tâches qui leur sont confiées.

La gestion des ressources humaines est un investissement qui s'apprécie sur le long terme, bien plus efficace pour améliorer l'effizienz que de couler du béton. L'hôpital se doit d'être un lieu d'excellence, et il se doit dès lors d'attirer les meilleurs et de les garder.

Un des prérequis à l'amélioration de la performance est l'importance de la culture interne : « *Pour que l'organisation hospitalière fonctionne de façon optimale sans les contraintes qui sont les siennes, il faut qu'existent en son sein les principes d'actions partagées qui assurent la cohésion et la cohérence des différents acteurs au sein de l'organisation et permettent de remplir ses objectifs* <sup>3</sup>. »

L'augmentation de l'effizienz passe aussi par une meilleure organisation, et il existe des gains potentiels. Les pistes sont multiples : modifier les tâches ou supprimer celles qui sont inutiles, jouer sur les horaires pour diminuer les chevauchements, mieux partager les compétences, agir sur les équipements.

Pour cela, la mise en œuvre d'outils de pilotage et une meilleure connaissance des coûts de production sont indispensables. Lorsque cette information est produite, encore faut-il en tirer toutes les conséquences. Améliorer la productivité est indispensable en adaptant les capacités à l'activité. Pour certains, la réponse est d'augmenter l'activité plutôt que de réorganiser et réduire les dépenses. On comprend aisément que cela ne peut être la seule réponse car la demande ne peut augmenter sans cesse, sauf à multiplier les actes et les séjours inutiles...

La mesure de l'effizienz ne peut se limiter à des indicateurs de production. La performance de l'hôpital doit s'appuyer sur des résultats cliniques. Pour s'y approcher, la plupart des pays utilisent des indicateurs de résultats intermédiaires comme le taux d'infection des sites opératoires, le délai d'envoi d'un compte rendu d'hospitalisation, ou la consommation en litres de solution hydro-alcoolique ! Une des idées qui prévalent est de moduler les tarifs

en fonction de critères qualitatifs, mesurables, pour inciter les établissements à améliorer productivité et qualité. Pourquoi pas ?

### Le point de vue des acteurs

Les acteurs de l'hôpital se plaignent d'un manque de moyens, et rarement l'inverse, par le biais de leurs représentants, des fédérations, ou par des collectifs qui alertent régulièrement l'opinion.

Les usagers gardent un regard plutôt bienveillant, patient (d'où ce substantif préféré à celui de clients ou malades). Une petite catégorie d'usagers doute de la qualité des soins produits, ce qui conduit parfois à une critique acerbe du fonctionnement des établissements, voire à des recours judiciaires.

Une catégorie d'acteurs, de plus en plus nombreux, se penche sur l'hôpital, rédige rapports, textes, directives, circulaires ; des missions sont lancées avec la participation d'experts parfois issus des grandes écoles (École des mines, Polytechnique, HEC) ou par des organismes de contrôle de l'État (Cour des Comptes) qui proposent des solutions pour améliorer le fonctionnement des structures hospitalières.

Une toute petite catégorie, en concurrence car travaillant dans le secteur privé, n'hésite pas à dénigrer le fonctionnement de l'hôpital public, parfois par des campagnes de presse ou d'affichage, alléguant que si l'ensemble de l'offre de soins était privatisé, tout irait mieux et coûterait moins cher : quasiment le « Graal » de l'efficacité.

Deux images contradictoires de l'hôpital sont ainsi véhiculées : d'un côté un hôpital en déficit avec des urgences au bord de l'asphyxie, une pénurie de lits ou un manque d'infirmières ; de l'autre, une mauvaise gestion, un gâchis et un défaut de productivité. Les deux images sont fausses et il existe de grandes disparités entre établissements et au sein d'un même établissement.

### Comment inciter les acteurs à plus d'efficacité ?

Si la recherche de l'efficacité devient la nouvelle religion de l'hôpital-plateau

technique, le mal-être des soignants, en tout cas de certains d'entre eux, ira en s'accroissant, car le choix de ce métier est plus porté par le côté relationnel que par le côté technique. Pour autant, ce n'est pas à l'hôpital et à lui seul que revient la tâche de gérer l'ensemble des problèmes de santé, problèmes sociaux, psychologiques, ou de mal-être.

Des gains d'efficacité sont possibles avec l'informatisation et avec les progrès médicaux. Quels sont les gains potentiels que peut apporter une plus grande utilisation des technologies de l'information et de la communication ? Avons-nous la meilleure structure pour répondre aux défis des progrès médicaux ?

Des gains d'efficacité nécessitent parfois des investissements, architecturaux, en équipement ou dans le système d'information. L'investissement est aussi humain, *via* le recrutement d'ingénieurs en organisation, d'informaticiens ou de médecins. Améliorer le fonctionnement d'un service est nécessaire, mais ce sont souvent dans les interactions entre services que l'on trouve des coûts cachés, des coûts de l'organisation ou coûts de transition. Qui dans l'hôpital doit s'occuper des processus transversaux ? Un hôpital peut toujours améliorer le fonctionnement du bloc opératoire mais si la fonction de brancardage est défaillante, l'effort sera vain.

Repenser la stratégie de l'hôpital, prendre des décisions opérationnelles, les suivre par des outils de pilotage, impliquer les professionnels, investir avec le but d'améliorer l'efficacité. Autant de défis à relever par le monde hospitalier !

Penser que le système va s'auto-améliorer, en appliquant à l'hôpital public les règles de financement du secteur privé, est une erreur. Une dérégulation du système par le seul prisme comptable ne permet pas d'agir sur la qualité, la coordination entre les acteurs et finalement l'efficacité du système de santé. Car ce n'est pas seulement d'efficacité de l'hôpital dont il faut parler, mais d'efficacité du système de santé. Or ces

défis ne peuvent être relevés par les seuls hospitaliers : il s'agit d'un engagement collectif, qui repose sur un contrat moral entre les acteurs. Ce contrat appelle, au fond, une réforme profonde du système de santé, qui passe par une meilleure coordination des acteurs et des mécanismes de financement par l'assurance maladie. ■

### Bibliographie

FELDSTEIN Paul J.

*Analyse économique de la santé*  
Éditions Seillans, 1992, Paris

PIGE Benoît

*Management et contrôle de gestion*  
Éditions Nathan, 2008, Paris

BAUER Jeffrey C., HAGLAND Mark  
*Paradox and Imperatives in Health Care*  
Productivity Press Ed, 2008, New York

LOMBRAIL Pierre, NAIDITCH Michel,  
BAUDEAU Dominique, CASES Chantal,  
CUNEO Philippe  
« Qu'appelle-t-on performance hospitalière ? »  
Dossier Solidarité Santé, 2001, 2 ; (3-20)

MEAH-CGS

*Organisation hospitalière*  
Éditions Berger-Levrault, avril 2008

Centre d'analyse stratégique  
« Y a-t-il encore des marges d'efficacité à l'hôpital ? », n° 181, juin 2010  
[http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NoteVeille181\\_hopital.pdf](http://www.strategie.gouv.fr/IMG/pdf/NoteVeille181_hopital.pdf)

Cour des Comptes

« L'organisation de l'hôpital »  
in *La Sécurité sociale*, septembre 2009  
<http://www.ccomptes.fr/fr/CC/documents/RELFS/Rapport-securite-sociale2009.pdf>

3. LOMBRAIL Pierre, NAIDITCH Michel,  
BAUDEAU Dominique, CASES Chantal, CU-  
NEO Philippe, « Qu'appelle-t-on perfor-  
mance hospitalière ? », Dossier Solidarité Santé,  
2001, 2 ; (3-20).

