

Le pilotage du secteur hospitalier public pourrait s'inspirer de celui des compagnies aériennes

Si l'AP-HP a des obligations qui lui sont propres, elle a de nombreux points communs avec le transport aérien, explique **un collectif de professeurs de médecine et de pilotes de ligne**, qui détaillent les six aspects sur lesquels pourrait s'opérer la réforme de l'hôpital

Au siècle dernier, transport aérien et hôpital public faisaient notre fierté : l'Aéropostale a été à l'origine du meilleur système aérien du monde, et les centres hospitaliers universitaires (CHU) de la réforme Debré [en 1958], à l'origine du meilleur système de santé du monde. Deux aventures humaines faites d'engagements individuels et collectifs, autant que d'esprit pionnier en matière d'innovations. Deux secteurs victimes de turbulences majeures ces dernières années. Conscients que le service public hospitalier a des obligations qui lui sont propres (obligation de soins à toute la population – de qualité, diversifiés, programmés ou non, rentables ou non) que ne partage pas l'aviation civile, on peut cependant trouver de nombreux points communs entre ces deux secteurs.

La menace et la médiatisation des accidents aériens font peser sur les personnels navigants une exigence de performance très forte : le niveau de la formation initiale et continue (certification), et la rigueur dans la gestion des vols sont incomparables. Même un dysfonctionnement sans accident peut conduire à des enquêtes intrusives dans la vie privée des personnels navigants. L'hôpital et l'iatrogénie préoccupante qu'il génère (3500 à 9000 décès par infection nosocomiale par an, selon Santé publique France, en 2019) devraient obéir aux mêmes fondamentaux.

Il y a également des similitudes en matière de risques auxquels sont exposés les professionnels : somatiques (exposition aux rayonnements, bruit, changements de pression pour les navigants, aux radiations, produits chimiques, biologiques et contact sanguin pour les soignants), psychiques (travail de nuit et décalages horaires, stress du fait de l'augmentation des violences à bord et dans les services, en particuliers aux urgences).

Comme dans les hôpitaux publics, la pression économique sur les compagnies aériennes est forte, les marges permettent difficilement de financer les investissements industriels sur le long terme. En conséquence, une compagnie long-courrier comme Air France doit réduire la proportion de ses personnels à terre par rapport à ses navigants. Les objectifs sont les mêmes dans les hôpitaux publics !

Une équipe de bloc opératoire ou de soins est aussi un équipage ; le chirurgien et le médecin en sont-ils les pilotes comme l'est le commandant de bord ? Ce leadership technique et managérial donne au corps des pilotes un pouvoir important au sein de leur institution. Enfin,

les compagnies aériennes nationales, comme les hôpitaux publics, ont toujours l'Etat comme propriétaire ou actionnaire. Au moment où le président de la République et son gouvernement cherchent des solutions à la crise des soignants des hôpitaux – leur départ engendrant la fermeture de plus de 10 % des capacités, et probablement, demain, au moins 20 % de celles-ci si rien n'est fait –, ils pourraient s'inspirer de la trajectoire suivie par Air France. Société d'Etat en quasi-faillite au milieu des années 1990, Air France est devenue depuis un groupe international [Air France-KLM] à la gouvernance plus professionnelle et plus inclusive, de l'avis de ses salariés (pratique régulière du référendum). Avec 81 000 salariés, 27 milliards d'euros de chiffre d'affaires et plus de 104 millions de personnes transportées en 2019, ce groupe est aujourd'hui un des majors du secteur à avoir le mieux résisté à la crise due au Covid-19.

Comme Air France, l'hôpital public est en recherche d'efficacité, d'attractivité et de plaisir au travail. Le caractère quasi entièrement public de son financement, à la différence du financement totalement privé du transport aérien, empêche-t-il d'obtenir ces bienfaits ? Nous ne le pensons pas, nous souhaitons même, bien au contraire, le renforcement du financement des hôpitaux publics par la Sécurité sociale, comme de tout le secteur de la santé. Nous pensons plutôt que les racines du mal des soignants sont à rechercher dans les défauts profonds du pilotage stratégique et de la gestion opérationnelle des hôpitaux publics, sous tutelle de l'Etat.

Les clés pour que le secteur hospitalier public fasse sa mue sur ces questions se trouvent dans l'analyse des six différences fondamentales entre le transport aérien et l'hospitalisation publique.

La gouvernance Les gouvernements successifs n'interviennent plus sur la stratégie de la compagnie aérienne nationale pour satisfaire des élus de leur majorité. Pour les hôpitaux publics, c'est le contraire, comme l'a démontré la distribution des crédits d'investissement ou bien la constitution très politique des groupements hospitaliers publics de territoire (GHT), en 2016. Premiers concernés par des décisions politiques parfois à l'opposé du bon sens en matière d'organisation territoriale des hôpitaux publics, leurs médecins peuvent avoir l'impression que le pouvoir politique utilise l'activité hospitalière à d'autres fins que celle de la santé de la population.

Le pouvoir opérationnel Le Parlement et le gouvernement ne réglementent pas l'organisation interne des responsabilités chez Air France. Le fait que le code de la santé publique contienne autant d'obligations à ce sujet pour les hôpitaux publics en dit long sur la volonté de toute-puissance des élus et des dirigeants de l'Etat sur les hôpitaux publics. Cette administration centralisée a pour effet de brider la capacité des dirigeants administratifs et des dirigeants médicaux, alors qu'avec plus d'autonomie, ils pourraient mieux adapter, ensemble, l'organisation des responsabilités à la taille de leurs hôpitaux, aux personnalités et aux projets internes. Héritiers de cette conception datée selon laquelle les hôpitaux doivent être « administrés », les

gouvernements n'ont pas osé créer un groupe hospitalier national responsable de son organisation territoriale uniquement devant l'Etat ; un groupe libre de conclure des « contrats de performance » avec les régions (comme c'est le cas à la SNCF), avec les hôpitaux privés et avec les professionnels de premier et de second recours.

Les rémunérations Un gouvernement interdirait-il à une compagnie aérienne nationale d'augmenter ses pilotes, si ceux des compagnies concurrentes gagnaient deux fois plus, à travail égal ? Pour les hôpitaux publics, tous les gouvernements ont refusé d'envisager une convergence des rémunérations de leurs médecins et de celles des médecins libéraux des cliniques privées. Faut-il rappeler que la nomenclature et les tarifs des actes de ces derniers sont pourtant fixés par la Caisse nationale de l'assurance-maladie, sous le contrôle de l'Etat ? Par ailleurs, pourquoi ne pas faire comme les majors du transport aérien, qui adaptent les rémunérations des personnels navigants, selon qu'ils sont basés à Paris, Londres ou Tokyo, ou encore dans d'autres villes au coût de la vie bien inférieur ?

Les obligations de service Quel gouvernement exigerait d'une compagnie aérienne nationale des contraintes de services beaucoup plus élevées pour ses navigants que celles de compagnies concurrentes ? C'est le cas pour les hôpitaux publics : la passivité des gouvernements à traiter les inégalités de sujétion entre hôpitaux publics et privés a logiquement conduit de nombreux médecins et soignants à quitter les hôpitaux publics.

La gestion des compétences Aucune compagnie aérienne ne peut maintenir en poste un pilote dont la compétence n'est pas périodiquement maintenue, ni contrôlée. Dans le secteur hospitalier, le rôle tout-puissant du Bureau d'enquêtes et d'analyses (BEA) pour la sécurité de l'aviation civile et de la direction de la sécurité de l'aviation civile n'est assuré par aucune autorité indépendante. Cette situation est mortifère pour le collectif : de nombreux professionnels engagés et innovants finissent par baisser les bras quand ils voient des collègues abuser, sans conséquence personnelle, de la sécurité de l'emploi et de la situation actuelle de pénurie de professionnels hospitaliers.

Le financement du court séjour Quelle entreprise survivrait aux injonctions contradictoires imposées aux hôpitaux publics par l'Etat pour remplir sa mission ? D'un côté, il les oblige à répondre aux besoins de tous les patients et, de l'autre, il fixe la facturation des prises en charge en court séjour selon des tarifs artificiels conduisant à des écarts très importants de « rentabilité » selon les pathologies et les actes réalisés. Le refus des différents ministres de la santé de modifier l'échelle des tarifs de courts séjours pour la rendre plus conforme à l'échelle des coûts réels des soins prodigués conduit à une pression économique perverse dans la prise en charge de ces patients. Ce mécanisme économique qui produit des « patients qui rapportent » et des « patients qui coûtent » heurte profondément les valeurs de nombreux professionnels hospitaliers, par ailleurs montrés du doigt quand leur hôpital est trop endetté.

Face à l'accumulation de ces incongruités, le sentiment d'impuissance de nombreux médecins et personnels soignants est parfaitement logique. Pour réparer le secteur hospitalier public, un Ségur 2 de la santé ne suffira pas. Il faut revoir son pilotage et son fonctionnement, sans oublier aucune des six dimensions énumérées ci-dessus. Il en est peut-être une septième, beaucoup plus complexe : la détermination politique. ■



QUEL GOUVERNEMENT EXIGERAIT D'UNE COMPAGNIE NATIONALE DES CONTRAINTES DE SERVICE PLUS ÉLEVÉES POUR SES NAVIGANTS QUE CELLES DE SES CONCURRENTES ? C'EST LE CAS POUR LES HÔPITAUX

Jacques Balosso, professeur de cancérologie-radiothérapie, université Grenoble-Alpes; **Alexandre Belot**, chef de service adjoint de néphrologie, rhumatologie, dermatologie pédiatriques, HCL-université de Lyon; **Simon Boëzec**, commandant de bord moyen-courrier; **Thierry Cardi**, officier pilote de ligne long-courrier; **Bertrand Galichon**, praticien attaché à la PASS de l'hôpital Saint-Louis, AP-HP, et médiateur médical auprès des équipes mobiles du SAMU social de Paris; **Michèle Granier**, pédiatre et ancienne présidente de la Conférence des présidents des CME des hôpitaux publics d'Ile-de-France; **Michel Hanssen**, cardiologue et ancien président de la commission médicale d'établissement, Centre hospitalier (CH) de Haguenau; **Loïc Marpeau**, gynécologue-obstétricien et ancien président de la commission médicale d'établissement, CHU Charles-Nicolle, Rouen; **Jean-François Meder**, radiologue et président de la Société française de radiologie; **Philippe Niclot**, chef de service de neurologie, CH René-Dubos, Pontoise; **Pierre Panel**, président de la commission médicale d'établissement, CH de Versailles; **Jean-Christophe Paquet**, chef du pôle chirurgie et ancien président de la commission médicale d'établissement, groupement hospitalier Nord-Essonne; **Christine Passerieux**, cheffe du pôle psychiatrie et santé mentale du CH de Versailles, université Versailles-Saint-Quentin-Paris-Saclay; **Vincent des Portes**, chef de service de neurologie pédiatrique, HCL-université de Lyon; **Alain Ruffion**, chef de service d'urologie, hôpital Lyon-Sud, HCL-université de Lyon, président du CNU d'urologie; **Xavier Troussard**, professeur émérite en hématologie, ancien président de la commission médicale d'établissement, CHU Caen-Normandie; **Guillaume Wasmer**, consultant et cofondateur de La Fabrique de la santé, ancien directeur d'hôpital et ancien délégué de la Fédération hospitalière de France Ile-de-France



LES RACINES DU MAL DES SOIGNANTS SONT À RECHERCHER DANS LES DÉFAUTS PROFONDS DE LA GESTION DES ÉTABLISSEMENTS SOUS TUTELLE DE L'ÉTAT