

E H E S P

Ecole des hautes études
en santé publique

**Filière des Inspecteurs de l'action
sanitaire et sociale**

Promotion : **2006 - 2008**

Date du Jury : **Mars 2008**

**La « nouvelle gouvernance » :
Enjeux et perspectives pour la DDASS
en matière de pilotage hospitalier**

L'exemple du département des Pyrénées Atlantiques

Philippe LAPERLE

Remerciements

Tout d'abord, je tiens à remercier tout particulièrement la DDASS des Pyrénées Atlantiques pour m'avoir accueilli en son sein dans le cadre de ma formation initiale d'Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale.

Ensuite, je remercie également M Bertrand ABIVEN, Directeur adjoint à la DDASS, pour l'accompagnement prodigué tout au long de la période de stage.

Un grand merci à Mme Véronique MOREAU, Inspectrice principale du Pôle Santé, et à Mme Evelyne RIVET, Inspectrice en charge de l'offre de soins, pour m'avoir guidé dans l'approche et la compréhension de la thématique de la « nouvelle gouvernance » hospitalière. Leurs éclairages ont été précieux.

Je remercie l'ensemble des agents du Pôle Santé pour leur disponibilité et leur contribution au bon déroulement du stage.

Enfin, je souhaite vivement remercier toutes les personnes rencontrées, au cours des investigations relatives au présent mémoire professionnel, pour m'avoir accordé de leur temps afin de répondre à mes sollicitations et pour avoir ainsi nourri ma réflexion de leurs savoirs professionnels.

Sommaire

Introduction	1
1 La mise en place de la « nouvelle gouvernance » : une responsabilité partagée.....	5
1.1 L'affirmation de l'autonomie des EPS dans la structuration de leur organisation interne	5
1.1.1 Un bouleversement institutionnel provoqué pour une organisation rationnelle des EPS.....	5
a) Le parachèvement d'un long processus de transformation hospitalière	5
b) Une démarche novatrice : expérimenter pour légiférer	6
c) Une réforme porteuse d'espoir.....	7
1.1.2 La création de nouveaux espaces de liberté au sein des EPS.....	8
a) Une nouvelle répartition des pouvoirs pour une responsabilisation accrue des acteurs.....	8
b) Création de pôles et développement de la contractualisation interne : une souplesse dans la déconcentration de la gestion médico-économique des structures hospitalières.....	11
c) La concertation : fil conducteur garant de l'expression directe des acteurs de l'hôpital	14
1.2 La légitimité du positionnement institutionnel de la DDASS dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance »	15
1.2.1 Une position privilégiée consacrée par les textes	15
a) La DDASS, interlocuteur originel des EPS.....	16
b) La DDASS, interface entre EPS et ARH	17
c) Le renforcement de la place des ARH opéré par l'ordonnance du 4 septembre 2003.....	18
1.2.2 Une compétence évolutive : d'un pouvoir de contrôle à un pouvoir de cadrage ..	19
a) Un pouvoir de surveillance financière renforcé par la réforme de la « nouvelle gouvernance ».....	19

b)	La montée en puissance de la mission d'accompagnement et de suivi des établissements	20
c)	L'IASS, un professionnel au cœur de la régulation du système de santé.....	21
1.3	La situation du département des Pyrénées Atlantiques au regard de la mise en place de la « nouvelle gouvernance »	21
1.3.1	Une obligation réglementaire suivie par les établissements du département	22
a)	La diversité des établissements pyrénéens	22
b)	Une nouvelle répartition des pouvoirs en cours de réalisation.....	22
c)	Création de pôles et contractualisation interne : les prémices de la gestion médico-économique	23
1.3.2	Le positionnement institutionnel des organes de contrôle	25
a)	Une priorité non définie par l'ARH Aquitaine	25
b)	Un suivi informel de la mise en place de la réforme.....	25
2	La mise en place de la « nouvelle gouvernance » dans les Pyrénées Atlantiques : la confrontation d'une « responsabilité partagée » aux réalités de terrain.....	27
2.1	Un bouleversement institutionnel paradoxal : d'un cadre rassurant à un cadre « désarmant »	28
2.1.1	Une réforme à la fois normative et imprécise.....	28
a)	Une réforme unique pour des établissements diversifiés.....	28
b)	Une nature indéterminée du Conseil exécutif	29
c)	Création de pôles et contractualisation interne : les questions en suspens	30
2.1.2	Une réforme à la fois responsabilisante et démotivante	31
a)	Un rôle de gestionnaire non assumé par les médecins.....	31
b)	Des équipes de direction craignant une perte de prérogatives.....	32
c)	Des soignants à la recherche de leur place dans ce nouveau cadre	33
2.2	Une liberté illusoire : une organisation rationnelle compromise	33
2.2.1	Une exacerbation des enjeux de pouvoirs	34
a)	Le Conseil exécutif : une instance « stratégique » à conquérir.....	34
b)	Création de pôles et contractualisation interne : de la stratégie à l'opportunité.....	35

2.2.2	Une complexification du processus décisionnel	36
a)	Le Conseil exécutif : entre simplification et complexification	36
b)	Une gestion médico-économique des pôles entravée par la superposition d'échelons	37
2.3	Un suivi institutionnel distant de la DDASS révélateur de l'échec du pilotage intégré du système de santé ?	37
2.3.1	Des acteurs multiples aux compétences enchevêtrées	38
a)	Les agences, une fausse solution à l'éclatement du dispositif ?	38
b)	La création des ARH : une clarification du dispositif échouée	39
2.3.2	Une compétence menacée par de nouveaux opérateurs ?	40
a)	Pouvoir de surveillance financière et instances comptables	40
b)	Mission d'accompagnement et MeaH	41
3	Renforcer l'accompagnement et le suivi par la DDASS des établissements pyrénéens dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance »	43
3.1	Se repositionner sur le champ de l'accompagnement pour garantir une mise en place cohérente de la « nouvelle gouvernance »	44
3.1.1	Réaffirmer son identité institutionnelle d'accompagnant privilégié des EPS	44
a)	Un accompagnement légitime	44
b)	Le nécessaire appui de l'ARH	45
3.1.2	Porter la réforme tout en étant le porte-parole de la politique régionale de santé.....	45
a)	Garantir la cohérence de la mise en place de la réforme dans les établissements	45
b)	La communication : un levier d'action	46
3.2	Définir les conditions d'une mise en place optimale et opérationnelle de la « nouvelle gouvernance »	47
3.2.1	Faire preuve d'adaptabilité et de souplesse pour pallier les lacunes du texte.....	48
a)	Propositions de nature à faciliter la constitution et le fonctionnement du Conseil exécutif	48
b)	Propositions de nature à donner des repères pour la création des pôles et le développement de la contractualisation interne	49

3.2.2 Promouvoir un nouveau mode de management pour garantir une organisation rationnelle	50
a) Une évolution du management imposée par la réforme de la « nouvelle gouvernance »	50
b) Vers un management systémique à l'hôpital	51
3.3 La création des Agences Régionales de Santé : l'espoir d'un pilotage intégré	52
3.3.1 Une restructuration du système de santé salubre.....	52
a) Une évolution imminente et légitime	52
b) Les pièges à éviter	53
3.3.2 Une évolution nécessaire du positionnement des DDASS dans le dispositif hospitalier.....	54
a) Vers une organisation régionale et interdépartementale des services déconcentrés ?	54
b) Le IASS, une technicité professionnelle au service d'un système intégré de pilotage hospitalier	55
Conclusion	57
Bibliographie	59
Liste des annexes	63

Liste des sigles utilisés

ANPE : Agence Nationale Pour l'Emploi
AFPA : Association nationale de Formation Professionnelle pour les Adultes
AFSSET : Agence Française de Sécurité Sanitaire Environnementale et Travail
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation
ANS : Agence Nationale de Santé
ARS : Agence Régionale de Santé
CA : Conseil d'administration
CE : Conseil Exécutif
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
CME : Commission Médicale d'Etablissement
CPOM : Contrat Puriannuel d'Objectifs et de Moyens
CSI : Commission de Soins Infirmiers
CSIRMT : Commission de Soins Infirmiers, Médico-technique et de Rééducation
CTE : Comité Technique d'Etablissement
CTRI : Comité Technique Régional et Interdépartemental
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRIASS : Direction Régionale et Interdépartementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DSI : Direction des Soins Infirmiers
EPRD : Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses
EPS : Etablissement Public de santé
GIP : Groupement d'Intérêt Public
IASS : Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale
LOLF : Loi Organique relative aux Loix de Financement
Meah : Mission d'Expertise et d'Audit Hospitalier
PME : Petites et Moyennes Entreprises
PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information
PMT : Projet Médical de territoire
SRoS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
T2A : Tarification à l'activité

Introduction

« Une ordonnance ne fait pas le printemps, mais deux ordonnances annoncent-elles un renouveau dans les méthodes de gestion ? »¹

L'ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003, portant simplification de l'organisation et du système hospitalier, et l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005, visant à simplifier le régime juridique des établissements de santé, organisent les conditions d'une « révolution » de la gouvernance hospitalière.

Etymologiquement, le terme de gouvernance se définit comme l'art de gouverner les sociétés et les organisations. La première définition du mot gouvernance serait donc « surveiller » et « diriger ». Pour autant, le terme de gouvernance, employé à tout propos souvent en jouant sur ses ambiguïtés évidentes, se réfère également à l'exercice d'une autorité légitime dans l'utilisation de la puissance publique et dans la gestion des affaires publiques. Il désigne à la fois un arrangement institutionnel, des mécanismes consultatifs, des processus de formulation des politiques publiques et un style de leadership politique. Aujourd'hui, sa définition évolue vers « un pilotage pragmatique des pouvoirs »², « une pratique relationnelle de coopérations non prédéfinies et toujours à réinventer, à distance des armatures hiérarchiques du passé et des procédures routinisées »³. Aussi, appliqué au secteur sanitaire, le concept de gouvernance sera entendu largement pour ainsi recouvrir les notions d'organisation interne de l'hôpital et de pilotage du système hospitalier, ces deux notions constituant le cœur de toute politique de santé.

L'organisation interne de l'hôpital a fait l'objet de nombreuses critiques dans des rapports officiels. Le rapport présenté par René COUANAU la juge « déresponsabilisante » et source d'une « bureaucratization » excessive de l'hôpital. Une évolution de son régime juridique devait permettre de rénover la gestion interne de l'hôpital en lui donnant plus de souplesse, de réactivité et d'efficacité.

Ainsi, le ministre chargé de la Santé, Jean-François MATTEI, a été chargé de rénover les hôpitaux, dans leur organisation, leur fonctionnement et leurs investissements. Cela a abouti à une communication en Conseil des ministres, le 20 novembre 2002, où M MATTEI a résumé son projet par cette phrase : « Nous souhaitons redonner, aux établissements publics et privés, confiance en leur avenir et fierté de leur métier au service de la santé des patients et de l'excellence de la médecine française. »

¹ CLEMENT Jean-Marie, 2005, Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière, Les Etudes Hospitalières Editions, p.3

² GAUDIN J-P, 2002, Pourquoi la gouvernance ?, Presses de la FNSP, p.30

³ GAUDIN J-P, 2002, Pourquoi la gouvernance ?, Presses de la FNSP, p.43

Dans ce cadre, le Plan de modernisation Hôpital de 2007, portant à la fois sur la gestion administrative et financière et sur l'investissement, avait pour triple objectif de pallier la vétusté des établissements, de rapprocher financement et activité, et d'améliorer leur fonctionnement interne par un meilleur dialogue médecins-direction.

L'ordonnance du 2 mai 2005 relative à la nouvelle gouvernance fait donc suite aux annonces et confirmations ministérielles des années 2002 et 2003 et s'intègre dans le plan hôpital 2007. Cette modernisation de la gouvernance hospitalière s'organise autour de trois volets : une nouvelle organisation des pouvoirs au sein de l'hôpital, la simplification de l'organisation interne et, enfin, la rénovation de la gestion des hommes et des procédures de nomination. Incontestablement l'ordonnance de mai 2005, simplifiant le régime juridique des établissements de santé, ainsi que ses décrets d'application, et l'ordonnance du 1^{er} septembre 2005 redessinent le jeu institutionnel des établissements publics de santé.

En effet, l'ordonnance de mai 2005 et l'ensemble du dispositif juridique qui a suivi bouleversent les équilibres entre les instances décisionnelles d'une part et entre les instances décisionnelles et consultatives d'autre part. Ces dernières sont ainsi recomposées et de nouveaux équilibres apparaissent au sein des établissements publics de santé (EPS). Ainsi, le dispositif législatif et réglementaire portant réforme de la nouvelle gouvernance organise les conditions d'une définition d'une nouvelle architecture de l'hôpital. Cette structuration permet ainsi l'émergence de réels nouveaux pouvoirs à l'hôpital venant troubler son organisation et son fonctionnement institutionnel.

Or, faut-il le rappeler, l'organisation interne de l'hôpital est très contrainte par l'organisation globale du système de soins et plus particulièrement du système hospitalier. En effet, le rôle que joue l'institution hospitalière dans la préservation du bien supérieur qu'est la santé, son poids dans le PIB national, imposent un regard de la collectivité sur son fonctionnement par le biais d'organismes étatiques ou paraétatiques appelés organes de contrôle. Les EPS subissent donc un contrôle exercé de façon formelle par l'Etat et justifié par son rôle de garant des droits des citoyens notamment du droit à la santé. L'Etat est alors censé superviser et parfois décider pour les EPS mais aussi les protéger et assurer leur pérennité. Cette fonction est assurée par les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) créées par l'ordonnance du 24 avril 1996 et dont les compétences ont été modifiées par l'ordonnance du 4 septembre 2003. Les ARH, interlocuteurs privilégiés des hôpitaux et des cliniques, regroupent, au sein d'un groupement d'intérêt public (GIP), les services de l'État (Directions régionales et départementales des affaires sanitaires et sociales - DRASS) et les services de l'Assurance Maladie ayant jusqu'alors

compétence en matière d'hospitalisation publique et privée. Elles s'appuient sur les agents des Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) et de l'Assurance Maladie (AM) dans l'exercice quotidien de leurs missions.

Un rapide survol de l'évolution historique des relations entre les organes de contrôle et les EPS montre que, de tout temps, les établissements ont interagi sur et avec les organes de contrôle. C'est donc en synergie qu'ils ont vécu leurs évolutions. En effet, l'hôpital est une institution qui ne peut être analysée en dehors du contexte sociétal de son époque. Dès lors, l'évolution de son cadre législatif et réglementaire, sous la triple contrainte sociale, économique et politique, modifiant son organisation et son fonctionnement, amène en retour l'hôpital à poser de nouvelles questions aux organes de contrôle. En l'espèce, la réforme dite de la « nouvelle gouvernance » apporte son lot de difficultés d'application. Ces dernières, s'ajoutant à des lois et/ou projets de lois récents dont les effets sont loin d'être connus et assimilés, questionne le rôle même des institutions, et notamment celui de la DDASS, auprès du système hospitalier.

Ce faisant, la DDASS des Pyrénées Atlantiques n'a que peu de connaissances sur la mise en place des dispositions de la réforme de mai 2005 par les EPS du territoire. Le regard porté par la DDASS au nom de l'ARH ne s'est pas exercé de manière formelle. L'observation, via les réunions ou délibérations du Conseil d'administration et la négociation des Contrats Pluriannuels d'Objectifs et de Moyens (CPOM), a constitué la principale source d'information.

Ainsi, force est de constater que la mise en place de la réforme de la « nouvelle gouvernance » par les hôpitaux redonne une acuité certaine aux interrogations inhérentes au mode relationnel structurant les rapports entre les EPS et les organes de contrôle. En effet, face à cette évolution du cadre législatif et réglementaire du secteur sanitaire, on peut supposer que le contrôle exercé sur les hôpitaux adopte un nouveau visage. Dès lors, il paraît légitime de se demander **en quoi la mise en place de la « nouvelle gouvernance » hospitalière dans les EPS interroge la DDASS sur la place et le rôle qu'elle joue, pour le compte de l'ARH, en matière de pilotage du système hospitalier.**

Ce questionnement connaît aujourd'hui un regain d'intérêt eu égard au contexte actuel de restructuration des services déconcentrés de l'Etat par le projet de création des Agences Régionales de Santé (ARS). Dès lors, répondre à cette interrogation, par l'appréhension globale du secteur sanitaire qu'elle suscite, doit permettre de connaître les équilibres institutionnels en présence. Cette connaissance, intégrée à la pratique professionnelle

d'un Inspecteur de l'Action Sanitaire et Sociale (IASS) devrait permettre de trouver le bon positionnement avec les EPS – entre injonction et conseil – et avec l'autorité que représente l'ARH – marge de manœuvre, souplesse dans l'application, diffusion de savoir faire acquis –.

Pour comprendre les enjeux induits par cette problématique, le recueil des données s'est effectué en quatre temps :

- Découverte et appropriation du thème de la gouvernance hospitalière par des recherches documentaires variées : ouvrages, articles de doctrine, articles juridiques, articles de revues spécialisées à destination des professionnels du secteur sanitaire, documents internes...⁴ ;
- Appréhension des réalités concrètes de la mise en place de la réforme sur le département des Pyrénées Atlantiques par des entretiens auprès des directeurs des hôpitaux du territoire, de l'équipe du pôle Santé de la DDASS et des chargés de mission de l'ARH ;
- Observation du rôle de la DDASS dans le secteur sanitaire, et notamment sur la mise en place de la réforme, au cours de diverses réunions : négociation des CPOM, réunion ARH/DDASS/EPS, réunion de travail ARH/DDASS, réunion de travail DDASS... ;
- Confrontation des données recueillies sur les réalités locales avec la doctrine générale relative au thème de la gouvernance hospitalière.

Ainsi, si la mise en place de la réforme de la « nouvelle gouvernance » dans un territoire suppose l'action et l'interaction des deux entités que sont l'EPS et la DDASS (1), les réalités observées dans le département des Pyrénées Atlantiques révèlent les difficultés et les limites de ce présupposé théorique (2). Dès lors, eu égard à l'importance de la réforme de la « nouvelle gouvernance » dans la redéfinition actuelle du mode de gestion des hôpitaux, ces *hiatus* conduisent ainsi à repenser le mode de fonctionnement de la DDASS dans le système hospitalier. Cette redéfinition devrait permettre de préciser les conditions d'une gouvernance hospitalière cohérente, rationnelle et efficiente (3).

⁴ Cf. Bibliographie

1 La mise en place de la « nouvelle gouvernance » : une responsabilité partagée

Dans le cadre de la mise en place de ladite réforme, la responsabilité est double. Certes, l'ordonnance du 2 mai 2005 consacre et affirme l'autonomie des EPS dans la structuration de leur organisation interne (1.1). Cependant, cette liberté reste très encadrée par les dispositions réglementaires issues du texte fondateur et de ses décrets d'application. C'est cette injonction paradoxale qui légitime l'intervention des organes de contrôle, et notamment de la DDASS, dans la mise en place de la réforme (1.2). Les éléments observés dans le département des Pyrénées Atlantiques viennent apporter des éclaircissements sur ce partage de responsabilité (1.3).

1.1 L'affirmation de l'autonomie des EPS dans la structuration de leur organisation interne

Avec la réforme de la « nouvelle gouvernance », l'hôpital bénéficie aujourd'hui d'une autonomie forte. En effet, la réforme modifie les perspectives organisationnelles (1.1.1) de l'hôpital⁵ en consacrant le principe de liberté (1.1.2). Dès lors, l'EPS a la possibilité de choisir et de définir sa stratégie pour rendre plus cohérente l'adéquation des besoins de la population aux activités développées, pour constater les bénéfices de son travail dans la qualité, la relation avec les usagers et la réorganisation interne.

1.1.1 Un bouleversement institutionnel provoqué pour une organisation rationnelle des EPS

Si l'ordonnance de mai 2005 vient parachever un long processus de transformation hospitalière imaginé depuis le milieu des années 1980 (a), elle s'inscrit, par ailleurs, dans une démarche novatrice d'expérimentation (b). Ces éléments de contexte font de ladite ordonnance, une réforme porteuse d'espoir (c).

a) Le parachèvement d'un long processus de transformation hospitalière

La « nouvelle gouvernance » issue du texte de 2005 recouvre un ensemble de mécanismes qui ont pour objet d'améliorer les processus internes. Une telle approche n'est pas foncièrement nouvelle : elle a inspiré l'ensemble des réformes mises en œuvre depuis les années 1980⁶. En effet, les réformes hospitalières s'inscrivent dans la durée.

⁵ Il est à noter que la réforme exclue de son champ d'application les hôpitaux locaux.

⁶ Les lois du 3 janvier 1984 et du 31 juillet 1991 mettent en œuvre la départementalisation et le découpage de l'établissement en centre de responsabilité, inaugurant ainsi l'expérimentation d'une direction par objectifs.

Le point de départ est la loi du 31 juillet 1991⁷ posant le principe de l'évaluation des établissements et des professionnels. Dans la continuité, les ordonnances JUPPE du 24 avril 1996⁸ créent les ARH et l'accréditation. La loi KOUCHNER du 4 mars 2002⁹ donne une forte impulsion au droit des malades. Enfin, les plans Hôpital 2007 et Hôpital 2012¹⁰, décidant de la certification, de la nouvelle planification par territoires, de la mise en place de la tarification à l'activité (T2A) et de la « nouvelle gouvernance » sont la déclinaison concrète de ces ambitions réformatrices. Ainsi, depuis 1991, les réformes hospitalières sont complémentaires et interdépendantes. Il en résulte un ensemble complexe, à la fois très précis mais parfois inachevé et insuffisamment abouti. Malgré ces imperfections, voire ces contradictions, cet ensemble législatif et réglementaire forme un ensemble de réformes systémiques qui se répondent, s'équilibrent ou se contrebalancent. La réforme de la « nouvelle gouvernance » est la pierre angulaire de cet ensemble impressionnant. Elle parachève le mouvement amorcé en 1984 en bouleversant les perspectives d'organisation et de gestion des EPS par la transposition, dans la sphère hospitalière, d'un « modèle plus entrepreneurial »¹¹ mettant en avant le concept de performance. La performance doit, en l'espèce, se concevoir comme une stratégie apte à consolider la relation avec le client et capable d'assurer la pérennité de l'hôpital. Ces choix d'activités doivent illustrer sa capacité à s'adapter et à progresser dans un environnement économique, social, politique et culturel spécifique.

b) Une démarche novatrice : expérimenter pour légiférer

La démarche retenue par le gouvernement présente quelques innovations. Le 10 février 2004, le comité de suivi de la réforme, réunissant des partenaires ayant accepté le plan hôpital 2007, est installé. La circulaire du 13 février 2004¹² relative à la mise en place par anticipation d'une nouvelle gouvernance lance un appel à candidature pour expérimenter de nouvelles techniques de gestion. Pouvaient candidater les établissements ayant déjà mis en œuvre un changement de leur organisation interne, souhaitant le poursuivre et vierges de toute démarche antérieure. Il était souhaitable qu'ils disposent d'une comptabilité analytique par séjour. Le champ de cette anticipation qui « *ne pouvait s'effectuer contra legem, faute de base textuelle, mais simplement praeter legem, est*

⁷ Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière

⁸ Ordonnance n° 96-746 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁹ Loi n° 2002-303 relative aux droits et à la qualité du système de santé

¹⁰ Xavier Bertrand a présenté le 13 février 2007 le plan Hôpital 2012. Elaboré dans la lignée du plan Hôpital 2007 (il garantit la poursuite de cette dynamique, sans rupture), il permettra aux établissements de santé publics et privés de lancer des nouveaux investissements avec trois priorités : l'accompagnement des restructurations, la mise aux normes de sécurité et l'informatisation hospitalière.

¹¹ Philippe JEAN, Politique sociale et « nouvelle gouvernance », L'accompagnement des réformes, Cahiers hospitaliers n° 233, Avril 2007, p.13

¹² Circulaire DHOS /E1 n°61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la réforme de la nouvelle gouvernance

limité à la création d'un conseil exécutif et à la constitution en pôles »¹³. Une centaine d'établissements sont sélectionnés dans toutes les régions. La Mission d'Expertise et d'Appui Hospitalier (MeaH) a été chargée de piloter et de suivre l'expérimentation. Cet audit a permis la mutualisation des expériences des établissements anticipateurs par la réalisation d'une synthèse retraçant les expériences et les dispositifs les plus aboutis ainsi que les modalités de conduite du changement. C'est sur la base de cette synthèse que le gouvernement a légiféré par voie d'ordonnance. Ce mode de production de la norme devait permettre au gouvernement de négocier, au sein d'un comité de suivi *ad hoc*, avec les acteurs signataires du protocole, nombre de dispositions. L'enjeu était donc de disposer d'un texte ordonnantiel correspondant tout à la fois aux besoins exprimés et constatés lors de la démarche anticipative expérimentale et aux objectifs poursuivis par les pouvoirs publics.

c) Une réforme porteuse d'espoir

L'ordonnance du 2 mai 2005 constitue la première réforme de l'organisation interne des EPS depuis 1991. En effet, depuis 1991, l'organisation interne des hôpitaux publics n'avait pas été modifiée. A cette date, la loi du 31 juillet innovait. De nouvelles structures étaient créées : Direction des Soins Infirmiers (DSI), Commission des Soins Infirmiers (CSI), départements médicaux, conseils de services. Par ailleurs, l'amendement dit « liberté »¹⁴ permettait aux EPS, sur décision de leur Conseil d'Administration (CA), de s'organiser librement. L'intéressement des personnels était également possible. Puis sur ce thème de l'organisation interne, les réformes ultérieures restaient muettes. Seul l'environnement de l'hôpital avec les organes de contrôle était traité. L'adaptation de l'hôpital à l'évolution considérable des techniques comme au bouleversement de la demande des citoyens, s'est donc faite de façon empirique « *dans une succession d'urgence* »¹⁵. Même s'il faut reconnaître à l'hôpital public ses succès scientifiques et médicaux ainsi que sa réactivité et sa créativité face à une activité toujours croissante, les difficultés auxquelles sont confrontés les EPS nous amènent à nous interroger sur l'avenir même de l'hôpital et sur la compatibilité de ses missions avec les notions d'excellence, d'accessibilité aux soins pour tous et de rôle social qui lui sont opposées aujourd'hui. A l'annonce d'un projet de réforme, relatif à la définition d'un nouveau mode relationnel, issue d'une concertation des principaux acteurs du dispositif hospitalier, les attentes étaient donc considérables. En effet, comme le rappelait René COUANAU : « *Réformer la gouvernance de l'hôpital répond à la nécessité, reconnue de façon consensuelle, de lutter*

¹³ Hervé TANGUY, Anticiper, anticiper, il restera toujours quelque chose..., Gestions hospitalières, Octobre 2004, p.607

¹⁴ Ancien article L.6146-8 du Code de la Santé Publique

¹⁵ René COUANAU, Assemblée Nationale, Rapport d'information n° 714 sur l'organisation interne de l'hôpital, p.69

contre les rigidités et les cloisonnements qui pèsent sur le fonctionnement de l'institution. Il s'agit de permettre aux établissements de mieux assumer leurs missions au service du patient en assouplissant leur organisation et en clarifiant les responsabilités. » La réforme de mai 2005 simplifiant le régime juridique des EPS entend ainsi faire évoluer l'organisation et la gouvernance hospitalière. C'est dire si l'ordonnance du 2 mai 2005 « *était porteuse d'espoir* »¹⁶. Ainsi, l'ambition de la réforme de la « nouvelle gouvernance » est de bousculer l'organisation en place des EPS pour créer un nouveau mode d'organisation. Ce dernier n'a rien d'anodin puisqu'il offre un modèle cohérent, associant la logique de l'organisation des structures médicales avec celle des structures de gestion, par la création d'outils privilégiés de dialogue et de gestion dans une structure complexe où la gestion des ressources humaines, matérielles et financières n'est plus efficiente. Ces outils de compromis équilibré doivent dès lors permettre de répondre aux objectifs fondamentaux de la réforme : responsabilisation et souplesse.

1.1.2 La création de nouveaux espaces de liberté au sein des EPS

Les objectifs fondamentaux de responsabilisation des acteurs et de souplesse dans l'organisation des processus internes des EPS, s'analysent comme la déclinaison du principe général de liberté consacré par la réforme de la « nouvelle gouvernance ». Ainsi, le texte promulgué le 2 mai 2005 propose une réforme organisationnelle autour de trois axes constitutifs d'espaces de liberté à l'hôpital : une nouvelle répartition des pouvoirs (a) associée au développement d'une politique de contractualisation autour de la création des pôles d'activité (b) aménagent des espaces de concertation propres à garantir le droit à l'expression directe de l'ensemble des acteurs (c).

a) Une nouvelle répartition des pouvoirs pour une responsabilisation accrue des acteurs

La réforme de la « nouvelle gouvernance » définit les conditions d'une nouvelle répartition des pouvoirs en clarifiant les responsabilités de chacun. Désormais, l'organisation interne prend appui sur quatre piliers : le Conseil d'Administration (CA), le Directeur, le Conseil Exécutif (CE) et les instances consultatives.

▪ La restauration de l'autorité du Conseil d'Administration autour de fonctions stratégiques

Au fil du temps, le CA s'est retrouvé « *déresponsabilisé* »¹⁷, jouant le rôle d'un simple conseil de surveillance, sans moyens financiers ni expertise médicale suffisante. La

¹⁶ Claudine ESPER, La nouvelle gouvernance des hôpitaux publics : un texte entre modernité, encadrement et liberté, Gestions hospitalières, Octobre 2004

¹⁷ Entretien avec un Directeur d'hôpital

restauration de la légitimité du CA est un préalable nécessaire à la construction de l'autonomie des EPS. En retrouvant son rôle de validation des choix stratégiques et financiers, le CA a dès lors la possibilité de se déterminer, en choisissant une stratégie cohérente et adaptée aux spécificités de la structure. Ainsi, le CA est désormais centré sur des fonctions stratégiques, d'évaluation et de contrôle, renforcées¹⁸. En matière stratégique, il adopte, après avis de la Commission Médicale d'Etablissement (CME) et du Comité Technique d'établissement (CTE), les orientations clé de l'établissement comme le projet d'établissement, le CPOM, l'Etat Prévisionnel des Recettes et des Dépenses (EPRD), le plan de redressement, la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ou l'organisation interne de l'établissement. Il évalue et suit, sur la base d'indicateurs de résultats, la mise en œuvre de la politique d'établissement. Par ailleurs, les modifications de la composition du CA viennent accroître sa légitimité¹⁹. Il est composé de trois collèges au lieu de six, et la représentation des usagers sera renforcée d'un membre. Enfin, les délibérations du conseil d'administration deviennent exécutoires de plein droit à l'exception des délibérations relatives au budget et au projet d'établissement, pour lesquelles un régime d'approbation tacite est retenu²⁰.

▪ **La réaffirmation de la compétence générale du Directeur**

La compétence générale du directeur d'établissement est réaffirmée²¹. En effet, les compétences du conseil d'administration se recentrant sur la stratégie, celles du directeur s'étendent parallèlement. Un bon nombre de décisions spécifiques relatives au fonctionnement quotidien de l'établissement, lui reviendront, ce qui constitue l'une des conséquences essentielles du nouveau texte sur le CA.

▪ **La création d'une instance destinée à associer les médecins et les directeurs à la gestion des EPS : le Conseil Exécutif**

Grâce à la réforme de la nouvelle gouvernance, des médecins hospitaliers accèdent enfin, dans l'institution hospitalière, à des responsabilités qui vont bien au-delà de leur fonction clinique incarnée par le colloque singulier et l'organisation de l'activité diagnostique et thérapeutique autour du malade. Le débat sur la gouvernance traduit ainsi une exigence et une vision en rupture avec une tradition qui semblait opposer les finalités de la médecine d'un côté et de l'économie de l'autre. La création du CE²², instance paritaire²³ présidée par le Directeur, associe, de fait, les praticiens désignés par la CME et

¹⁸ Article L.6143-1 du Code de la Santé Publique

¹⁹ Articles L.6143-5 et R.6143-1 et suivants du Code de la Santé Publique

²⁰ Article L.6143-4 du Code de la Santé Publique

²¹ Article L.6143-7 du Code de la Santé Publique

²² Article L 6143-6-1 du Code de la santé publique

²³ Le CE comprend deux collèges paritaires : le collège des membres de l'équipe de direction nommés par le directeur, et le collège des praticiens désignés par la CME dont au moins la moitié doit exercer les fonctions de responsable de pôle d'activité.

les membres de l'équipe de direction²⁴ autour de la préparation de l'ensemble des projets nécessaires à l'élaboration et la mise en œuvre du projet d'établissement, du CPOM, du projet médical, du plan de redressement et de l'organisation interne (Cf. Annexe 2). Cette instance permettra de renforcer la légitimité des décisions internes, tout en assurant la cohésion des établissements. La conduite de l'établissement est ainsi assurée par un « *exécutif fort et légitime* »²⁵. C'est à cette instance, après accord du CA, de rendre compréhensible le changement, de faire comprendre les enjeux et de mettre en phase les responsables et les personnels pour atteindre les objectifs tournés vers la satisfaction des patients. En effet, les changements proposés seront d'une telle ampleur qu'un travail en collaboration avec des responsables hospitaliers, administratifs, médicaux ou soignants sera nécessaire afin d'assurer la cohérence entre la stratégie et sa mise en œuvre sur le terrain. Soulignons au passage que la recherche d'une plus grande efficacité économique n'est pas avancée comme motif de création du CE. Les idées forces liées au pilotage médico-administratif sont selon les personnes interrogées : « *la démocratie interne à l'établissement* » (transparence, information, confiance, légitimité), « *la responsabilisation et l'implication plus grandes du corps médical* » et « *l'affichage d'une plus grande cohérence dans les choix faits dans la gestion de l'établissement aussi bien en interne qu'en externe vis-à-vis de l'ARH* »²⁶.

▪ **La rénovation des instances consultatives**

L'objectif de la réforme est de passer d'une vingtaine de commissions à trois instances. Cette suppression n'est pas formelle : l'hôpital garde la possibilité de maintenir certaines instances ou d'en créer d'autres en fonction de ses besoins. Cette libération de temps doit redonner de l'air à trois instances : la CME, le CTE et la Commission de Soins Infirmiers, Médico-techniques et de Rééducation (CSIRMT).

La CME a montré son importance tout au long du processus de construction de l'hôpital. Sa place n'est donc plus à prouver. La nouvelle organisation issue de la réforme fera évoluer son rôle : sa compétence se recentrera sur la politique médicale²⁷. Le Président de la CME verra ainsi sa fonction renforcée. La CME comporte au moins une sous-commission spécialisée, créée et définie par le règlement intérieur, en vue de participer par ses avis à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins²⁸. Ces sous-commissions sont destinées à remplacer les divers comités et commissions de vigilance (commission du médicament et des dispositifs

²⁴ Article R.6143-37 du Code de la Santé Publique : le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement fixent conjointement le nombre de membres du conseil exécutif dans une fourchette de 6 à 10 membres dans les centres hospitaliers non universitaires et de 12 à 16 membres dans les CHU.

²⁵ Entretien avec un Directeur d'hôpital

²⁶ Synthèse des entretiens avec les différents directeurs d'hôpitaux

²⁷ Articles L. 6144-1 et R.6144-1 du Code de la Santé Publique

²⁸ Article L.6144-1 II du Code de la Santé Publique

médicaux, Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales –CLIN-). Toutefois cette liberté d'organisation prévue par le législateur est fortement encadrée par le pouvoir réglementaire qui maintient un rôle et une composition spécifique pour chaque type de vigilance²⁹.

Le CTE, au-delà de ses attributions actuelles, sera informé annuellement de la mise en œuvre du plan stratégique, des indicateurs de résultats (qualité – coût) et émettra des avis et des propositions³⁰.

La CME et le CTE sont étroitement associés au fonctionnement de l'établissement par la participation de leurs représentants au conseil d'administration, une capacité d'alerte qui leur est conférée en cas de constat d'une situation financière durablement dégradée de l'établissement³¹, un élargissement de leurs compétences à l'évaluation de pratiques de professionnelles et de praticiens (pour la CME), au suivi de la situation budgétaire et d'effectifs (pour le CTE). Elles peuvent choisir de délibérer conjointement sur les sujets relevant de leur compétence (tout en exprimant séparément leur avis)³².

La CSIRMT voit ses compétences élargies aux champs médico-techniques et de rééducation. Par ailleurs, ses attributions sont renforcées³³. Elle est désormais consultée sur la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et de l'évaluation des pratiques professionnelles.

b) Création de pôles et développement de la contractualisation interne : une souplesse dans la déconcentration de la gestion médico-économique des structures hospitalières

Bien qu'imposée, la structuration en pôle des EPS constitue une liberté supplémentaire pour ces derniers. Celle-ci répond à une logique de transversalité, logique qui est poussée à son paroxysme, dans la mesure où la réforme donne aux pôles, et notamment à certains acteurs clés, les moyens d'en assurer une réelle gestion médico-économique.

▪ **L'organisation en pôle : une liberté imposée**

Après plusieurs années de maturation dans certains hôpitaux pilotes, le concept de pôle médico-administratif, structure liée à la notion de pilotage médico-économique, a été de plus en plus repris et intégré par bon nombre d'établissements hospitaliers. Venant en appui de la mise en place de la « nouvelle gouvernance », cette forme organisationnelle est désormais consacrée par le gouvernement qui en fait un des points d'ancrage de sa

²⁹ Article R.6144-30-1 du Code de la Santé Publique

³⁰ Articles L.6144-3 et 4, R.6144-40 et suivants du Code de la Santé Publique

³¹ Article R. 6144-83 du Code de la Santé Publique

³² Articles L.6144 et R.6144-82 du Code de la Santé Publique

³³ Article L.6146-9 du Code de la Santé Publique

réforme à travers le plan hôpital 2007³⁴. Le pôle devient ainsi l'unité organisationnelle de référence de tous les établissements à l'exception des hôpitaux locaux. L'ancien article L. 6146-8 du CSP, dit « amendement liberté », avait ouvert la voie en autorisant les conseils d'administration à « *arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical de l'établissement [...]* ». Cette disposition, instituée par la loi de 31 juillet 1991 et maintenue à titre d'exception dans le cadre de l'ordonnance de 1996, préfigurait par ailleurs le plan hôpital 2007 en dépassant le strict cadre du service et en assouplissant les règles d'organisation de l'hôpital public. Ainsi, les hôpitaux sont passés d'un principe de « *liberté dérogatoire* »³⁵ (très peu utilisé dans les faits) à un principe de « *liberté obligatoire* »³⁶, ce qui n'est pas le moindre des paradoxes. « *L'amendement liberté devient ainsi la règle et non plus l'exception* » annonçait Jean François MATTEI en juin 2003 à l'occasion de la présentation du plan Hôpital 2007. Cette nouvelle structuration cherche à tirer les leçons d'un excessif morcellement des services médicaux et à constituer des sous ensembles de gestion disposant d'une taille suffisante pour être partenaires de contrats internes qui puissent faire écho aux CPOM signés avec les ARH.

▪ **L'organisation en pôle : une liberté affirmée**

Bien qu'étant un élément fondamental de la réforme, aucune définition légale n'est venue dessiner les contours et préciser la substance du pôle. Il existe quelques définitions doctrinales mais celles-ci demeurent incomplètes car trop souvent orientées exclusivement soit sur structure/ organisation, soit finalité/ objectifs. Un exemple de définition peut être résumé de la façon suivante : un pôle est constitué par un groupement de services et/ ou d'unités médicales fondé sur un projet médical partagé et faisant l'objet d'une allocation de ressources communes. Ainsi, conformément à l'article L.6146-1 du Code de la Santé Publique, le CA définit librement l'organisation de l'établissement en pôles d'activité sur proposition du CE³⁷. Ces pôles sont définis conformément au projet d'établissement³⁸. En effet, clé de voûte de l'organisation hospitalière, le projet d'établissement définit, notamment sur la base du projet médical, la politique générale de l'établissement. Il garantit la cohérence des projets de pôles, le lien entre établissement et son environnement³⁹.

La création de ces pôles par le CA interviendra au plus tard au 1^{er} janvier 2007. Ces pôles dont la taille, la composition et le nombre sont laissés à l'appréciation des établissements,

³⁴ Articles L. 6146-1 à 6 du Code de la Santé Publique

³⁵ Thomas TALEC avec la collaboration de Jean Paul SEGADÉ, Qui décide à l'hôpital ?, Gestions hospitalières, Octobre 2006

³⁶ *Ibid*

³⁷ A noter qu'un établissement psychiatrique peut constituer un secteur en pôle

³⁸ Article L 6146-1 alinéa 3 du Code de la Santé Publique

³⁹ Article L.6143-2 du Code de la Santé Publique

sont placés sous la responsabilité d'un responsable de pôle⁴⁰. Par ailleurs, un conseil de pôle se substitue désormais au conseil de service. Il sera d'une taille limitée pour le rendre plus opérationnel. Certains membres sont de droit et d'autres sont élus⁴¹ afin d'assurer, à la fois, la représentativité de l'ensemble des personnels et l'engagement de ses membres. Il est régulièrement consulté par le responsable de pôle. C'est ainsi que ce cadre rénové de l'organisation hospitalière entend inviter à l'innovation. Le règlement intérieur, voté par les instances, constituera le référentiel d'action de chaque hôpital, sachant que, demain, ce dernier sera évalué sur des résultats en terme de performance médicale et économique.

▪ **La contractualisation au service d'une gestion médico-économique des pôles**

La souplesse laissée à l'EPS dans la structuration de ses pôles d'activité trouve son aboutissement avec la possibilité offerte par l'ordonnance de mai 2005 de développer une politique de contractualisation au sein des pôles. Le développement de la contractualisation interne permettra aux pôles un emploi plus autonome de leurs moyens, une déclinaison plus cohérente du projet d'établissement. Le pôle contractualise avec la direction de l'établissement et connaît, sur la base d'un projet de pôle, les moyens dont il dispose pour atteindre les objectifs fixés. Ce contrat s'accompagne d'une délégation de gestion du Directeur au responsable de pôle⁴².

Dès lors, l'organisation de la responsabilité du pôle s'organise dans le cadre d'un triumvirat : médecin, cadre soignant et cadre administratif⁴³. Ce modèle transpose en quelque sorte le triumvirat que certains voient à la tête de l'établissement : Directeur, Président de CME et Directeur des Soins. Il s'agit ici de mettre en place, au niveau des pôles, la pluralité de vision et de dialogue qu'on essaye de pratiquer au niveau de l'établissement. Ces derniers sauront ainsi trouver l'organisation optimale de cette structure autour d'un cadre rénové par le texte ordonnantiel.

Le responsable de pôle devient la clé de voûte de la volonté de déconcentration dans une optique de gestion médico-économique pertinente des structures hospitalières. Sa nomination d'un responsable de pôle intervient après avis du conseil de pôle (formation restreinte aux personnels médicaux), de la CME et du CE. Le responsable de pôle est un praticien hospitalier titulaire inscrit sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle (les chefs de service restent attachés à leur unité)⁴⁴. Il est nommé pour trois à cinq ans par une décision conjointe du directeur et du président de la CME (Cf. Annexe 3). Ses tâches principales, dans ses activités de gestionnaire, sont de finaliser les objectifs du

⁴⁰ Article L. 6146-2 du Code de la Santé Publique

⁴¹ Article R.6146-12 et 13 du Code de la Santé Publique

⁴² Article L.6146-2 du Code de la Santé Publique

⁴³ Article L. 6146-6 du Code de la Santé Publique

⁴⁴ Articles L.6146-4 et R.6146-1 du Code de la Santé Publique

pôle, d'animer les équipes médicale et soignante ainsi que de coordonner l'allocation des ressources internes au pôle en fonction de l'activité respective de ses composantes. Enfin, il contribue à l'évaluation des résultats de l'activité du pôle et en rend compte au CE. Dans son domaine, il participe à la mise en œuvre opérationnelle de la stratégie d'établissement élaborée par le CA.

Le cadre soignant constitue la deuxième pièce maîtresse du dispositif. Il est le bras droit du chef de pôle. Au chef de pôle revient la mise en œuvre des options stratégiques au travers de la politique médicale, au cadre soignant délégué, la gestion opérationnelle quotidienne du pôle. De par sa fonction à plein temps et sa connaissance duale du terrain, il constitue l'une des interfaces médico-administratives essentielles. Il gère quotidiennement les affectations et tâches du personnel médical mis à disposition du pôle, veille à la mise en place des objectifs qualité et s'assure de la bonne utilisation des ressources et des matériels ainsi que de leur disponibilité. Le cadre de soins rend compte au chef de pôle dont il dépend directement, au directeur des soins et naturellement à la direction générale de l'établissement.

De même que le responsable de pôle sera amené à s'impliquer dans la gestion, un directeur fonctionnel délégué auprès du pôle devra s'impliquer dans la gestion et partager des responsabilités de terrain. L'équipe administrative constitue en effet un collectif ressource pour le responsable de pôle et le cadre soignant délégué, ressource à laquelle ils peuvent se référer de façon transversale : ressources humaines, finances, travaux, logistique etc...

c) La concertation : fil conducteur garant de l'expression directe des acteurs de l'hôpital

La réforme de la « nouvelle gouvernance » consiste en une prise de conscience du positionnement central des personnels médicaux et soignants dans la nouvelle organisation interne de l'hôpital, au même titre que les personnels de direction. En effet, l'ordonnance de mai 2005 repose sur une notion centrale, celle du lien. A ce titre, elle aménage, à travers ses dispositions, de multiples espaces de communication et de concertation entre les acteurs médicaux, paramédicaux et administratifs.

Alors que l'introduction de la T2A dans le financement des EPS fait des médecins des producteurs des ressources hospitalières, la « nouvelle gouvernance » acte, de fait, leur participation active aux arbitrages stratégiques et opérationnels qui déterminent l'allocation interne de ces ressources aux pôles et aux services. Le pouvoir de décision au sein de l'hôpital demeure certes concentré au niveau du CA et du Directeur mais leur participation au CE place désormais les représentants de la CME dans un rôle de coordination sur une base paritaire pour l'élaboration du projet d'établissement et le suivi de son exécution.

La constitution des pôles va globalement dans le sens d'une amélioration de la prise en compte des intérêts paramédicaux dans l'organisation des soins infirmiers. Le travail de terrain des cadres et des équipes soignantes est bien souvent à l'origine du développement de transversalités entre les services. Les pôles permettront une gestion, à la fois concertée et de proximité, des équipements paramédicaux, des formations et des moyens de remplacement, apportant ainsi plus de souplesse au fonctionnement des soins. En effet, le conseil de pôle notamment, est perçu comme un élément de démocratie participative, un contrepoids face au responsable de pôle.

L'instauration d'un meilleur dialogue et d'un partage de compétences peut être envisagée par les directeurs comme une réelle opportunité de diffuser une culture de gestion dans les établissements. La démarche de contractualisation interne pourra grandement faciliter cette diffusion. La prise en compte de la contrainte économique sera nécessairement à l'origine d'une évolution des mentalités : « *passer de la demande systématique de moyens supplémentaires à la volonté d'arbitrer au mieux entre les besoins de santé exprimés* »⁴⁵. Dès lors, l'équipe de direction pourra mieux faire comprendre ses contraintes et obtiendra par ailleurs des éclairages précieux sur les priorités médicales de l'établissement.

1.2 La légitimité du positionnement institutionnel de la DDASS dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance »

Le rôle de la DDASS dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance » se déduit des textes législatifs et réglementaires organisant les missions et attributions des organes de contrôle dans le secteur sanitaire. Ces dispositions installent la DDASS dans une position privilégiée, à l'interface entre les EPS et de l'ARH (1.2.1). Au gré des évolutions de la conception de la gestion des politiques publiques, la compétence de la DDASS en la matière s'est transformée, sans être pour autant remise en question (1.2.2).

1.2.1 Une position privilégiée consacrée par les textes

Si la DDASS a longtemps constitué l'interlocuteur unique des EPS en matière de pilotage hospitalier (a), les exigences d'un pilotage intégré du système de santé ont conduit notre institution à se repositionner dans le paysage institutionnel (Cf. Annexe 6) suite à la création des ARH (b). Ce positionnement s'est trouvé réaffirmé par l'ordonnance du 4 septembre 2003 (c).

⁴⁵ Antoine FAURE, Inquiétudes et espoirs des futurs acteurs de la nouvelle gouvernance hospitalière, Actualités JuriSanté n°51, Octobre 2005

a) La DDASS, interlocuteur originel des EPS

Depuis leur création en 1964, les DDASS ont eu pour attribution d'exercer une tutelle sur les EPS. Cette mission, exercée au nom du Préfet de département, a permis aux DDASS de se positionner en interlocuteur unique et privilégié des EPS.

Ce positionnement est le fruit d'une longue évolution, évolution bâtie au rythme de la construction de l'Etat et de l'hôpital. Le XIX^{ème} siècle est marqué par un droit de regard étatique, via le Préfet de département, toujours prégnant sur les finances des établissements et leur gestion. Ce pouvoir doit cependant composer avec les communes dont les intérêts sont toujours bien représentés au sein des commissions administratives. La période contemporaine, marquée par la loi de 1941, voit s'achever progressivement le pouvoir communal et s'affirmer celui de la tutelle administrative. L'Etat intervient désormais directement dans la vie hospitalière. Le visage de la tutelle hospitalière va prendre un nouveau visage en 1964. Les Directions Départementales des Actions Sanitaires et Sociales sont créées. Elles ont vocation à récupérer les compétences du Préfet en matière sanitaire et sociale. Leur création ne s'est pas faite *ex nihilo*, mais résulte de la fusion de plusieurs services. La loi portant réforme hospitalière de 1970 n'a pas remis en cause ce rôle et ce, malgré la modernisation des hôpitaux qu'elle mettait en place. Parallèlement, au cours de ces années s'est fait jour la volonté de moderniser le service public et l'administration. Cette ambition a été largement relayée par les entreprises publiques et a pénétré, par voie de circulaires, l'administration. C'est pourquoi, en 1977 le terme d'« Actions » est substitué au terme d'« Affaires » et les DRASS sont instituées suite à la création de la région administrative. Les lois de décentralisation n'ont quant à elles pas modifié les attributions des services déconcentrés dans le secteur sanitaire. La loi du 30 juillet 1991 portant réforme hospitalière poursuit trois objectifs : améliorer la prise en charge des malades, optimiser l'offre de soins et maîtriser les dépenses de santé. Cette loi crée, à ce titre, de nouveaux instruments⁴⁶ qui donnent une nouvelle dimension au rôle des DRASS et DDASS⁴⁷ dans le secteur sanitaire.

C'est ainsi, qu'au fil du temps, la DDASS s'est positionnée, dans le secteur sanitaire, comme l'organe opérationnel de la politique gouvernementale et le référent unique des EPS. Pour autant, malgré les évolutions impulsées par les textes, le contrôle étatique de l'hôpital a trop peu bénéficié de ce courant moderniste et est resté comptable, administratif, bloqué sur ces mécanismes anciens.

⁴⁶ Carte sanitaire, schéma régional d'organisation des soins, projet d'établissement

⁴⁷ Dont le partage de compétences sera déterminé par le décret n° 94-1046 du 6 décembre 1994

b) La DDASS, interface entre EPS et ARH

Les ordonnances de 1996⁴⁸ ont provoqué un bouleversement important qui va bien au-delà d'un simple changement institutionnel dans la structuration de la politique hospitalière, elles ont pour ambition de poser les conditions d'une politique régionale de santé intégrée. Les ARH constituent l'un des principaux dispositifs issus de ces textes relatifs à la réforme de l'hospitalisation publique et privée. Constituées sous forme de Groupement d'intérêt Public (GIP)⁴⁹, les ARH sont nées entre mars et octobre 1997 sur l'ensemble des régions françaises. Elles sont administrées par un Directeur nommé en Conseil des ministres et une commission exécutive constituée d'un nombre égal de représentants de l'Assurance Maladie et des services de l'Etat⁵⁰. L'ARH constitue un opérateur à vocation spécialisée chargé de définir et mettre en œuvre une politique hospitalière au niveau régional. Cela consiste, d'une part, à définir, dans le cadre fixé par le niveau national, des priorités régionales de santé et de financement, et d'autre part, à faire en sorte que les hôpitaux exécutent cette politique⁵¹. Leur création répond à l'idée de création d'un système régional de santé intégré permettant de maîtriser les dépenses de santé et de mettre fin à la dualité Etat/ Assurance Maladie. Au regard de ces objectifs, le statut particulier de GIP était la seule forme juridique permettant d'associer au sein d'une même structure les services déconcentrés de l'Etat et les services de l'Assurance Maladie. Par ailleurs, la création de cette nouvelle entité administrative permettait de s'écarter du modèle traditionnel coordonné au niveau départemental et régional par le Préfet. En effet, sous la tutelle préfectorale, la rationalisation du système de santé pouvait être tempérée par le souci de l'autorité préfectorale de ne pas ouvrir de conflits avec les élus politiques locaux. Ainsi, implantées au niveau régional, dotées d'attributions très vastes, les ARH sont devenues l'organe opérationnel d'exécution de la politique gouvernementale sur le secteur de l'hospitalisation en lieu et place des DDASS. Dès lors, la question se pose de savoir où la DDASS se situe dans ce nouveau paysage institutionnel. La mise en place des ARH a d'abord été perçue par les services déconcentrés comme un désaveu. En effet, cette création sous-entendait que ces derniers étaient tenus pour responsables de l'insuffisante maîtrise des dépenses de santé et de son corollaire en matière d'implantations hospitalières. Malgré ses hostilités, les agents de l'Etat ont fait preuve d'une exceptionnelle capacité de mobilisation qui est pour beaucoup dans le succès des agences. Les DDASS ont en effet su s'adapter pour trouver leur place dans cette nouvelle architecture. En continuant à assurer le contrôle

⁴⁸ Ordonnance n° 96-746 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

⁴⁹ Article L.6115-2 du Code de la Santé Publique

⁵⁰ Article L.6115-7 du Code de la Santé Publique

⁵¹ Article L.6115-1 et suivants du Code de la Santé Publique

administratif et budgétaire des établissements et à animer les équipes de secteur sanitaire pluriprofessionnel⁵², les DDASS sont restées les interlocutrices de droit commun des établissements au niveau régalién et partenarial. Leur place de membre de droit à la commission exécutive a ainsi été mise à profit pour faire remonter les données départementales. Aux yeux des établissements, elles personnalisent le pilotage régional de la politique hospitalière en lui donnant un visage et une réalité de terrain.

c) Le renforcement de la place des ARH opéré par l'ordonnance du 4 septembre 2003

L'ordonnance du 4 septembre 2003⁵³ s'analyse comme l'application de l'article 21 de la loi du 2 juillet 2003⁵⁴ permettant au gouvernement de simplifier la répartition des compétences relatives aux établissements de santé et aux organismes exerçant les missions d'établissements de santé par le transfert de compétences détenues par le ministre ou le préfet au Directeur de l'ARH. Par cette ordonnance, le gouvernement finalise le transfert de compétences des préfets de département et de région au Directeur de l'ARH. En effet, suite aux ordonnances de 1996, certaines prérogatives subsistent aux mains des préfets. Selon la Cour des comptes, dans son rapport annuel de la Sécurité Sociale de septembre 2002 : *« la répartition des compétences des ARH avec l'autorité préfectorale n'est pas satisfaisante sur deux points : la responsabilité des contrôles et la gestion des carrières des directeurs d'établissements et de praticiens hospitaliers »*. En effet, selon le député Etienne BLANC, rapporteur du projet de loi habilitant le gouvernement à simplifier et codifier le droit par ordonnance : *« En matière de contrôle, le partage des compétences entre le préfet et le directeur de l'ARH est à l'origine de difficultés de fonctionnement des services déconcentrés de l'Etat, notamment depuis la mise en place des missions régionales et interdépartementales d'inspection, de contrôle et d'évaluation au sein des DRASS et placées sous l'autorité du préfet. »* Ainsi, les articles 1 à 4 de l'ordonnance du 4 septembre 2003 mettent en œuvre ce transfert de compétences entre le préfet et le Directeur de l'ARH. Dès lors, ce dernier est chargé de contrôler le fonctionnement des établissements de santé publics et privés. Ceci ne change pas le régime du contrôle opéré par l'ARH et/ou les DDASS pour le compte de celle-ci. Cela signifie, désormais, que tout ce qui relève du contrôle des établissements de

⁵² Les DDASS agissent avec la DRASS et pour le compte de l'ARH en matière hospitalière : élaboration du SROS, planification, tutelle et contrôle de légalité et budgétaire, validation des projets d'établissement et des CPOM, approbation des Plan Pluriannuel d'Investissement, actions de santé, gestion des personnels médicaux et non médicaux des établissements de santé publics.

⁵³ Ordonnance n°2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux et médico-sociaux soumis à autorisation

⁵⁴ Loi n° 2003-591 du 2 juillet 1993 habilitant le gouvernement à simplifier le droit

santé rentre dans le champ de compétence de l'ARH. Sur le secteur hospitalier, les DDASS seront donc sous l'autorité exclusive des ARH.

1.2.2 Une compétence évolutive : d'un pouvoir de contrôle à un pouvoir de cadrage

Au cours de l'histoire, les DDASS ne se sont pas constituées une identité institutionnelle rigide. Par conséquent, leur compétence a évolué à travers le temps. Aujourd'hui, les missions traditionnelles semblent s'effacer devant le renforcement du pouvoir de surveillance financière (a). Pour autant, le contexte actuel devrait donner un regain d'importance à la mission traditionnelle d'accompagnement et de suivi des réformes (b). Au sein des DDASS, la technicité professionnelle de l'IASS le place au cœur des missions précédemment exposées (c).

a) Un pouvoir de surveillance financière renforcé par la réforme de la « nouvelle gouvernance »

Avec l'ordonnance de mai 2005, le contrôle des EPS adopte incontestablement un nouveau visage. La tutelle classique de contrôle semble laisser la place à la mise en oeuvre de nouvelles procédures de cadrage à la disposition de l'ARH. Si cette évolution peut donner l'impression d'un allègement du suivi des établissements, il ne faut pas se fier aux apparences. Certes, le nombre de délibérations du CA exécutoires de plein droit dès la réception par le Directeur de l'ARH est étendu. Ainsi, seules restent soumises à l'approbation préalable les délibérations relatives à l'EPRD et au projet d'établissement⁵⁵. Les délibérations restant soumises au contrôle a priori sont réputées approuvées si le Directeur de l'ARH ne fait pas connaître son opposition⁵⁶. Ce faisant, les nouveaux pouvoirs de l'ARH se traduisent par une surveillance financière renforcée. Le Directeur de l'ARH a désormais le droit de demander au CA un plan de redressement lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige⁵⁷. En l'absence de mesures proposées par l'établissement et si le déséquilibre financier répond à certains critères⁵⁸, le Directeur de l'ARH mettra en demeure l'établissement de prendre les mesures de redressement appropriées. Est en outre introduite la possibilité d'une administration provisoire de l'établissement⁵⁹, d'une durée maximale de douze mois par un ou plusieurs conseillers généraux de santé à la demande du Directeur de l'ARH, en cas de situation durablement dégradée et lorsque la mise en demeure susvisée n'aura pas été suivie

⁵⁵ Article L.6143-4 du Code de la Santé Publique

⁵⁶ Article L.6143-4 2° du Code de la Santé Publique

⁵⁷ Article L.6143-3 du Code de la Santé Publique

⁵⁸ Décret à paraître

⁵⁹ Article L.6143-3-1 du Code de la Santé Publique

d'effet ou en cas d'échec du plan de redressement. Dans ces cas, les attributions du CA et du directeur, ensemble ou séparément, sont assurées par les administrateurs provisoires. Cette mesure peut s'assortir d'une suspension du CE. L'ordonnance du 1^{er} septembre 2005⁶⁰ précise les dispositions relatives aux mesures de redressement financier ainsi qu'aux modalités de mise en œuvre de l'administration provisoire. Il est encore précisé que si le CA n'a pas voté l'EPRD le Directeur de l'ARH arrête ledit état⁶¹. Cette décision a pour conséquence de conférer un caractère limitatif aux crédits pour la totalité de l'exercice concerné. Enfin, bien au-delà du contrôle, c'est un véritable pouvoir de substitution de l'ARH que tend à mettre en œuvre l'ordonnance du 2 mai 2005 en cas de défaillance du CA.

b) *La montée en puissance de la mission d'accompagnement et de suivi des établissements*

C'est un des rôles essentiels de l'Etat que de contrôler l'application des normes qu'il édicte. C'est pourquoi, le contexte actuel donne à l'Etat une nouvelle mission d'accompagnement dans la mise en place des réformes. Cette mission tire sa légitimité du fait que, en prenant le parti d'intervenir dans l'organisation hospitalière par un dispositif de contraintes mise en œuvre à l'égard des établissements, l'Etat met en difficulté les EPS dans leur gestion quotidienne. Une procédure d'accompagnement et de suivi des réformes par les autorités de contrôle doit permettre d'aider les établissements à rentrer dans les réformes successives. On comprend dès lors que le Plan Hôpital 2007 et les quatre réformes⁶² qu'il implique, redonnent une acuité certaine à cette exigence d'accompagnement et de suivi des établissements. En témoigne le dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières mis en place en 2006. Ce dispositif, piloté par la DHOS, a pour objectifs de former et informer les acteurs du monde hospitalier, de permettre à tous les établissements d'évaluer leurs forces et leurs faiblesses pour franchir le cap des réformes, de mettre en place un accompagnement adapté à la situation de chaque établissement et d'organiser le suivi des réformes et leur adaptation. Les ARH sont placées au cœur de ce nouveau dispositif. Elles seront notamment chargées d'identifier les établissements les plus en difficulté et de proposer des accompagnements individuels personnalisés et les actions collectives d'information et de formation. Des chargés de missions régionaux ou interrégionaux pourront être recrutés auprès des ARH. Pour autant, la DDASS, de part sa position privilégiée, sa connaissance des réformes et

⁶⁰ Ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière

⁶¹ Article L.6145-2 du Code de la Santé Publique

⁶² T2A, planification, certification et nouvelle gouvernance

des réalités de terrain, constitue un échelon incontournable dans l'exécution de cette mission par l'ARH.

c) *L'IASS, un professionnel au cœur de la régulation du système de santé*

Conformément à l'article L.6115-8 du Code de la Santé Publique : « *Les services départementaux et régionaux de l'Etat compétents en matière sanitaire et dont l'intervention est nécessaire à l'exercice des pouvoirs et responsabilités dévolus aux agences régionales de l'hospitalisation sont mis à disposition de celles-ci.* » L'IASS prend, à ce titre, une part importante de responsabilité dans l'exécution des missions de l'ARH. Collaborant avec les Médecins Inspecteurs de Santé Publique, l'inspecteur constitue le référent des EPS au sein des DDASS. La diversité des missions d'un IASS⁶³ – planification, programmation, contrôle, tutelle, évaluation, intervention et animation – combinée à l'évolution rapide du secteur sanitaire font de lui un poste stratégique au cœur de la régulation du système de santé. Partenaire privilégié des acteurs de terrain, l'inspecteur doit veiller à la cohérence de la politique définie au niveau régional avec celles menées par les établissements. Il doit ainsi rappeler aux EPS les orientations stratégiques de l'ARH et s'assurer que la déclinaison par chaque acteur local est en cohérence avec le dispositif global. Pour cela, l'inspecteur doit utiliser tous les outils et compétences à sa disposition pour favoriser la mise en cohérence d'intérêts parfois contradictoires. L'inspecteur a un rôle incitatif fondamental dans l'appropriation des mesures nouvelles par les acteurs de terrain. En effet, si les textes créent les dispositifs, ce sont les inspecteurs qui les font vivre, et ce sont eux qui sont garants de leur application sur le terrain. A ce titre, il lui incombe de mettre en place une réelle dynamique locale dans l'application de la règle de droit, et en l'espèce dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance ». Il lui appartient d'organiser les conditions d'un échange entre les professionnels pour assurer la diffusion des expériences menées sur le territoire concerné, susciter la réflexion d'autres établissements et leur permettre de s'appuyer sur le savoir-faire acquis. L'inspecteur endosse tantôt un rôle de médiateur, de facilitateur en prodiguant des conseils, proposant des alternatives en cas d'impasse, tantôt un rôle impérieux de prescripteur à l'issue de contrôles ou d'inspections.

1.3 La situation du département des Pyrénées Atlantiques au regard de la mise en place de la « nouvelle gouvernance »

Le stage d'exercice professionnel, effectué au sein de la DDASS des Pyrénées Atlantiques, a permis de prendre, dans un territoire donné, la mesure de la mise en place

⁶³ Articles L. 1421-1 et R.1421-15 du Code de la Santé Publique

d'une réforme aussi profonde que celle de la « nouvelle gouvernance ». Cette expérience a permis d'appréhender tant le respect des obligations réglementaires par les établissements (1.3.1) que le positionnement institutionnel des organes de contrôle (1.3.2). Il paraît opportun de rappeler que les propos suivants ne trouvent leurs origines que dans de simples constats personnels réalisés avant l'analyse fine des données recueillies.

1.3.1 Une obligation réglementaire suivie par les établissements du département

La mise en place de la réforme de la nouvelle gouvernance dans le département des Pyrénées Atlantiques est significative de la diversité des établissements de santé pyrénéens (a). Cette diversité se ressent par ailleurs dans les modalités de mise en œuvre des dispositions relatives à la nouvelle répartition des pouvoirs d'une part (b), et des dispositions relatives au développement d'une politique de contractualisation autour de la constitution des pôles d'autre part (c).

a) La diversité des établissements pyrénéens

Le département des Pyrénées Atlantiques comporte six établissements (Cf. Annexe 1) soumis aux exigences portées par la réforme de la « nouvelle gouvernance » :

- Le Centre Hospitalier de la Côte Basque implanté à BAYONNE ;
- Le Centre Hospitalier de PAU ;
- Le Centre Hospitalier des Pyrénées implanté à PAU ;
- Le Centre Hospitalier d'ORTHEZ ;
- Le Centre Hospitalier d'OLORON STE MARIE ;
- Le Centre de Long Séjour de PONTACQ-NAY.

Bien que le département ne dispose pas de Centre Hospitalier Universitaire (CHU), les Pyrénées Atlantiques comptent une diversité d'établissements permettant d'observer la mise en place de la réforme de la « nouvelle gouvernance » dans un panel de structures que l'on peut qualifier de représentatif. Cette diversité constitue une véritable richesse dans l'appréhension des logiques à l'œuvre dans les hôpitaux quant à la mise en place de cette réforme.

b) Une nouvelle répartition des pouvoirs en cours de réalisation

Les dispositions de l'ordonnance instituant une nouvelle répartition des pouvoirs au sein de l'hôpital ont été, pour la plupart, mises en place dès l'entrée en vigueur du texte. En effet, cette évolution se matérialise surtout par une transformation des compétences et attributions des instances décisionnelles et consultatives de l'hôpital. Seule la création du CE constitue une nouveauté dans la structuration des pouvoirs hospitaliers.

La totalité des établissements ont mis en place le CE au sein de leur établissement. La désignation des membres constituant le CE a posé quelques difficultés.

On remarque que certains établissements avaient au préalable constitué un « comité expérimental stratégique ». La réforme portant « nouvelle gouvernance » hospitalière a été l'occasion de pérenniser cette expérimentation au titre du CE.

Pour autant, les CE du département sont encore bien souvent non conformes aux dispositions juridiques, en raison du non paritarisme ou de l'insuffisante légitimité de ses membres. Leur fonctionnement est hétéroclite : réunion hebdomadaire ou mensuelle, ordres du jour variables, ici limités aux questions stratégiques, là aux sujets de réglementation, ailleurs à des points de gestion.

c) *Création de pôles et contractualisation interne : les prémices de la gestion médico-économique*

Le 31 décembre 2006, tous les EPS devaient être en ordre de marche pour déployer leur nouvelle organisation en termes de gouvernance médico-économique. Qu'en est-il aujourd'hui ?

▪ Sur l'organisation en pôle

La totalité des établissements du département ont achevé le découpage en pôles. Pour deux d'entre eux, une expérience de regroupement de services sous forme de départements ou de fédération préexistait à ce nouvel ordre de structuration. Les autres établissements, se situaient, quant à eux, dans une logique d'organisation partielle, segmentée.

Toutes les personnes rencontrées s'accordent à reconnaître l'opportunité du regroupement en pôle. Cependant, il ressort des entretiens effectués une diversité dans les justifications présidant à la constitution de pôles :

- « *assurer une gestion au plus près du terrain* » (constituer des pôles de production, obtenir une meilleure prestation)
- « *créer des conditions favorisant le décloisonnement* » (améliorer la vision transversale),
- « *développer une politique de management* » (passer d'une organisation bureaucratique à un management de proximité) au travers de la responsabilisation des pôles, la contractualisation, la simplification des circuits de décision, du principe d'une association de la déconcentration de la gestion aux autres approches structurantes : démarche stratégique, qualité, système d'information, projet social,
- « *bien utiliser les ressources* » (dégager une meilleure rentabilité),
- « *développer la culture de prise en charge des patients* »,

- « améliorer la gestion des compétences médicales et soignantes » (mutualisation des ressources humaines et matérielles).

Le nombre de pôle dépend dans une large mesure de la taille de l'établissement. Beaucoup ont insisté sur la nécessité d'aboutir à un « nombre limité de pôles ». La nature des regroupements est quant à elle plus homogène. Chacun s'accorde à dire que l'exercice a été difficile et qu'il a fallu dépasser des « montagnes d'habitudes en terme de cloisonnement des activités ». La liste des pôles suivants constitue une synthèse des exemples de structurations les plus fréquemment rencontrés :

- Pôle Urgence/Réanimation ; nucléaire/Explorations
- Pôle Chirurgie/Anesthésie ; vasculaires/Pharmacie/Laboratoires/Stérilisation/Hygiène ;
- Pôle Vasculaire ;
- Pôle Cancérologie/Infectiologie ; - Pôle ressources regroupant : Finances, SIH, DRH, Logistique et Ingénierie/Travaux ;
- Pôle Mère/Enfant ;
- Pôle Médecine polyvalente gériatrique ; - Pôle Qualité et gestion des risques regroupant : Clientèle/ /Affaires juridiques, Qualité des soins et démarche d'accréditation et risques.
- Pôle dépendance/Maintien de l'autonomie ;
- Pôle Imagerie/Rééducation fonctionnelle/Médecine

Force est de constater que la diversité est de mise dans l'application départementale de cette disposition. Bien que la totalité des établissements aient réalisé le découpage en pôles, ce dernier reflète la maturité des structures. Il semble que les hôpitaux, qui ont élaboré un plan stratégique et construit une culture médico-administrative, ont su mettre en place des pôles à réelle cohérence professionnelle structurés autour d'une logique médicale. Par contre, les hôpitaux sans culture médico-administrative, ont constitué des pôles résultant de regroupements de discipline voire de mariages par affinités ou opportunités.

▪ **Sur la politique de contractualisation**

La constitution de pôle étant obligatoire au 1^{er} janvier 2007, les établissements du département n'ont pas encore développé de véritable politique de contractualisation interne. La contractualisation interne et la délégation de gestion n'en sont qu'à leurs débuts. Pour autant, la conception de cette politique peut recouvrir des réalités et des préoccupations très diverses d'un établissement à l'autre :

- « transfert de compétences très large sur la base d'un projet partagé » ;
- « aller au bout de la logique de déconcentration/ décentralisation managériale » ;
- « délégation de gestion : ressources humaines, achats, hôtellerie, prise en charge des malades, formation, remplacement » ;

- « *règlement pragmatique d'une difficulté rencontrée au quotidien* ».

1.3.2 Le positionnement institutionnel des organes de contrôle

Les textes et l'histoire confèrent à la DDASS un positionnement privilégié qui justifie une implication forte de cette institution, pour le compte de l'ARH, dans la mise en place de la nouvelle gouvernance. Pour autant, dans le département des Pyrénées Atlantiques, la DDASS est restée en retrait et a observé avec recul l'entrée des établissements dans la réforme (b). Cette distance dans le suivi de la mise en place de la « nouvelle gouvernance » dans le département des Pyrénées Atlantiques résulte de la non impulsion de cette dynamique par l'ARH (a).

a) Une priorité non définie par l'ARH Aquitaine

Malgré l'autonomie relative de la DDASS dans le champ sanitaire par rapport à l'ARH⁶⁴, la DDASS ne peut, à elle seule, décider d'impulser une dynamique forte de contrôle et de suivi de la mise en place de la « nouvelle gouvernance ». En l'espèce, l'ARH Aquitaine n'a pas fait le choix de définir le respect des dispositions portant « nouvelle gouvernance » des hôpitaux comme une priorité dans son plan d'action de régulation de l'offre de soins sur la région. En effet, depuis l'annonce et la parution de la réforme, le seul contrôle opéré par l'ARH sur la mise en place des pôles et des CE a pris la forme de l'envoi d'un questionnaire en mai 2007.

b) Un suivi informel de la mise en place de la réforme

La distance prise par la DDASS dans le suivi de la mise en place de ladite réforme est légitimée par le fait que « *la réforme de l'organisation interne des établissements a vocation à être mise en œuvre librement par eux-mêmes* »⁶⁵. Néanmoins, la DDASS a suivi l'évolution de la structuration interne des établissements mais de façon informelle. C'est au cours des réunions ou des retours des délibérations des instances de l'hôpital que celle-ci a été observée. La mise en place des CPOM et leur négociation ont également constitué un temps opportun pour prendre connaissance de l'avancement dans la mise en place de la réforme par les établissements du département. En effet, le contrat type de la région Aquitaine prévoit une annexe 8 relative au « *pilotage interne* ». Celle-ci doit permettre aux autorités de contrôle d'obtenir des indications sur les modalités et le calendrier de la mise en œuvre de la « nouvelle gouvernance » dans les EPS. Les établissements définissent ainsi objectifs opérationnels, calendrier/plan d'action et valeurs cibles/indicateurs. La stratégie développée par les établissements pour mettre en place la

⁶⁴ La DDASS est certes réglementairement sous l'autorité des ARH. Pour autant, au quotidien, des marges de manœuvres lui sont laissées. Cette affirmation n'est pas univoque dans toutes les régions et ne vaut qu'en l'espèce.

⁶⁵ Entretien avec un agent de la DDASS

« nouvelle gouvernance » est dès lors soumise au binôme négociateur du contrat pour l'ARH.

La mise en place de la « nouvelle gouvernance » représente un véritable chantier dans un territoire donné. D'un point de vue réglementaire, cette responsabilité incombe à deux maîtres d'œuvre : les EPS et les autorités de contrôle. C'est donc ainsi qu'on devrait assister à la transformation du paysage et du jeu institutionnel induit par la réforme de mai 2005. Cependant, on pourrait être surpris par la mise en œuvre de ce plan par les acteurs eux-mêmes. En témoigne l'exemple du département des Pyrénées Atlantiques. La pratique s'écarte parfois bien loin des textes et, inversement, les textes s'écartent parfois bien loin des réalités de terrain. En effet, si la règle est commune à tous, chacun adopte la réforme à son contexte ce qui rend impossible une analyse uniforme.

2 La mise en place de la « nouvelle gouvernance » dans les Pyrénées Atlantiques : la confrontation d'une « responsabilité partagée » aux réalités de terrain

Les propos développés dans cette partie ont pour but de d'analyser et de comprendre la mise en place de la « nouvelle gouvernance » dans le contexte exposé précédemment. Cette analyse prend appui sur la méthodologie de recueil des données suivante :

- Des entretiens semi-directifs (Cf. Annexe 4) ont été menés avec quatre directeurs d'hôpital du département : le Centre Hospitalier des Pyrénées, le Centre Hospitalier de PAU, le Centre Hospitalier d'OLORON STE MARIE et le Centre de Long Séjour de PONTACQ-NAY. Il n'a pu être procédé à un entretien avec un directeur du Centre Hospitalier de la Côte Basque pour des raisons d'incompatibilité calendaire. S'agissant du Centre Hospitalier d'ORTHEZ, le recueil de données n'a pu se faire de manière formelle par la réalisation d'un entretien. En effet, une mission d'inspection était diligentée au sein de la structure. La participation à cette mission a permis de recueillir de façon plus informelle des informations relatives à la « nouvelle gouvernance ».
- La négociation des CPOM, les réunions de travail à l'ARH, les réunions de travail en DDASS, les échanges informels avec les directeurs d'hôpital, les agents de la DDASS et les chargés de mission ARH, ont constitué autant d'occasions, tout au long du stage d'exercice professionnel, de recueillir des informations précieuses et éclairantes quant aux conditions départementales de mise en place de la réforme. Lors de ces échanges, le recueil de données bien qu'informel s'appuyait sur une grille d'entretien semi-directif préconstituée (Cf. Annexe 5).
- Les recherches documentaires ont ensuite permis de donner de la perspective aux données de terrain recueillies tout au long du stage.

Pour autant, il faut admettre que les éléments de réflexion suivants issus de la mise en place de la réforme dans le département des Pyrénées Atlantiques ne retracent pas une réalité unique et objectivée transposable à l'ensemble du territoire national.

Ainsi, il ressort des données recueillies et de leur analyse, que les établissements du département ont suivi les obligations issues du texte ordonnantiel non sans difficultés. Les ambitions de la réforme et les moyens pour y parvenir tombent sous le coup de leur confrontation à la pratique. A l'épreuve du terrain, le bouleversement institutionnel devient paradoxal (2.1) et la liberté illusoire (2.2). Par ailleurs, la distance du suivi institutionnel de la DDASS dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance » semble être la

conséquence, au-delà de la volonté de l'ARH, d'une remise en cause de sa légitimité suite à l'échec patent de la mise en place d'une politique de santé intégrée (2.3).

2.1 Un bouleversement institutionnel paradoxal : d'un cadre rassurant à un cadre « désarmant »

La réforme de mai 2005 présente le mérite de bousculer l'organisation institutionnelle en place pour donner cohérence et souplesse aux EPS à travers la définition d'un cadre rénové de structuration interne. Cependant, le texte ordonnantiel apparaît, aux yeux des professionnels hospitaliers rencontrés, comme rigide, normatif voire technocratique. Or, la « nouvelle gouvernance » devait être le fruit d'une expérimentation par les professionnels eux-mêmes, expérimentation gage d'adaptation du texte à leurs besoins. Force est donc de constater que l'ordonnance de mai 2005 apparaît paradoxale. Au lieu de définir les conditions d'une organisation rationnelle des EPS, la réforme portant « nouvelle gouvernance », par son caractère à la fois normatif et imprécis (2.1.1) et à la fois responsabilisant et démotivant (2.1.2), sème troubles et difficultés au sein des hôpitaux.

2.1.1 Une réforme à la fois normative et imprécise

Il ressort des entretiens réalisés que le texte ordonnantiel est à la fois trop vague et trop contraignant pour que son application dans les établissements garantissent la réalisation des objectifs fondamentaux de la réforme. En témoignent le caractère unique de la réforme (a), les interrogations sur la nature réelle du CE (b) et le manque de critères pour appréhender le découpage en pôle et la contractualisation interne(c).

a) Une réforme unique pour des établissements diversifiés

Nous l'avons constaté, le département des Pyrénées Atlantiques comporte des établissements de santé de nature et de taille diverses. Cette diversité se trouve opposée au caractère univoque de la réforme. Le caractère obligatoire de ces évolutions organisationnelles est souvent déploré notamment parce qu'elles semblent être plus adaptées à certains établissements qu'à d'autres. En effet, les établissements de petite taille sont confrontés à de réelles difficultés pour entrer dans la réforme. En témoignent les problèmes rencontrés par certains établissements pour constituer le CE ou les pôles. Il est en effet parfois difficile de composer le CE quand le nombre de participant et/ ou de volontaires est insuffisant et de regrouper les services en pôle dans un établissement de taille réduite. L'idée d'une masse critique à atteindre pour rendre applicable la mutualisation et les économies d'échelle est récurrente. Les personnes rencontrées insistent en effet sur le fait que seuls les pôles constitués au sein des CHU pourront atteindre la taille critique, citée dans l'exposé des motifs de l'ordonnance, qui justifiera leur

création. Or, la plupart des établissements du département n'excèdent pas en effet la taille qu'aura un pôle moyen de CHU. La petite taille d'un établissement peut donc limiter la pertinence de la réforme.

b) Une nature indéterminée du Conseil exécutif

La constitution d'un CE est rendue obligatoire par l'ordonnance de mai 2005. Pour autant, les professionnels hospitaliers se sont retrouvés confrontés aux questions suivantes lors la mise en place des CE : « *Quel est le rôle exact de ce conseil ?* » « *Est-il consultatif ? Est-il décisionnel ?* » « *Est-ce une instance ? Que produit-il ? Des décisions ? Des avis ?* » « *Comment gérer la présence de certains médecins et de certains membres de l'équipe de direction, alors que d'autres n'en font pas partie ?* » « *Comment y gérer la double qualité de ses membres, les représentants de l'administration nommés à leur fonctions par décisions administratives, les autres élus par une communauté médicale et représentant celle-ci ?* » En effet, « *cette nouvelle instance suscite de nombreuses interrogations et peu de réponses sont apportées par les textes !!* »⁶⁶ Les contraintes liées à la composition du CE confrontées aux missions qui lui sont assignées constituent une combinatoire qui ne fait que susciter un questionnement relatif à la nature du CE. En effet, l'incompatibilité entre la qualité de membre du CE et le mandat d'administrateur, et la sélection des membres participant imposée par le caractère limitatif de leur nombre, donnent le sentiment que le CE se fonde sur une notion de pouvoir. Or, l'analyse textuelle du rôle du CE démontre qu'il s'agit d'une instance purement consultative. Le conseil prépare, coordonne, contribue. Il émet un avis sur la nomination des responsables de pôles. En toute hypothèse, le CE ne décide pas. Il est dès lors étonnant qu'il figure au chapitre III du Code de la Santé Publique intitulé « conseil d'administration, conseil exécutif et directeur » et non au chapitre IV « organes représentatifs » qui contient les dispositions relatives au CTE et à la CME. Si le CE apparaît tel un « *nouveau maillon du processus décisionnel dans les EPS* »⁶⁷, la question de sa nature n'est pas réglée. Cette interrogation constitue un frein important dans l'application de la « nouvelle gouvernance » et dans la réalisation de l'objectif qui s'y rattache. La question de la nature du CE est importante car de cette nature dépend son impact sur les autres instances de l'hôpital. L'impact est différent selon que l'instance a un caractère consultatif ou décisionnel.

⁶⁶ Sanaa MARZOUG, Le conseil exécutif, nouveau maillon du processus décisionnel dans les établissements publics de santé, Actualité JuriSanté n°51, Octobre 2005

⁶⁷ *Ibid*

c) Création de pôles et contractualisation interne : les questions en suspens

Depuis le 31 janvier 2006, les établissements du département sont tous constitués en pôles. Ce faisant, il ressort des entretiens que, en leur état actuel, « *les textes laissent en suspens certains enjeux fondamentaux de la mise en œuvre concrète des pôles* ». Ces interrogations ont retardé, de facto, la mise en place de la réforme et par conséquent ses effets.

▪ Des imprécisions quant au découpage en pôle et à la contractualisation interne

Le manque de critères cités pour appréhender le découpage d'un établissement en pôle ou l'absence d'indications sur le contenu possible des délégations de gestion et des contrats internes laissent bien des acteurs de la nouvelle gouvernance dans l'expectative.

▪ La procédure de désignation des chefs de pôle

La procédure de désignation des responsables de pôle illustre bien le manque de souplesse perçue de la réforme. La question de la direction des pôles n'est pour l'instant qu'à moitié résolue. L'ordonnance du 2 mai 2005 a prévu que les pôles techniques et médico-techniques seraient sous la direction de « *praticiens titulaires inscrits par le ministre chargé de la Santé sur une liste nationale d'habilitation à diriger un pôle* ». Les praticiens ne souhaitent pas dans leur grande majorité qu'il y ait une liste d'aptitude nationale. Bon nombre d'entre eux estiment que la fonction de chef de service assure une légitimité suffisante pour exercer la direction d'un pôle. Le décret du 26 décembre 2005⁶⁸ se borne seulement à préciser les règles d'admission des membres des conseils des pôles, mais ne fixe pas de conditions d'inscription sur une liste d'aptitude nationale. Le problème reste donc toujours en suspens.

▪ Pôle et service : une répartition des compétences obscure

La création des pôles n'a pas entraîné la disparition de la notion de service. Dès lors, se pose la question de la compatibilité des deux structures au sein de l'hôpital. L'article L.6146-5-1 précise que les praticiens mentionnés à l'article L.6146-4 (chef de service) et L.6146-5 (responsable d'unité fonctionnelle) assurent la mise en œuvre des missions assignées à la structure dont ils ont la responsabilité et la coordination de l'équipe médicale qui s'y trouve affectée. L'article L.6146-6 du CSP définit le rôle et les pouvoirs du responsable de pôle. L'énoncé de ces compétences est particulièrement important, car il correspond, à quelques nuances près, à l'ancien énoncé⁶⁹ des compétences du chef de service. Ainsi, la norme enregistre-t-elle une passation de pouvoirs entre le responsable de pôle et le chef de service ? L'analyse de la sémantique est ici particulièrement intéressante. Il n'existe pas de chef de pôle, ni même de coordonnateur de pôle mais un

⁶⁸ Décret n° 2005-1656 relatifs aux conseils de pôles d'activité et à la CSIRMT des EPS

⁶⁹ Ancien article L.6146-5 du Code de la Santé Publique

responsable de pôle. « *Si la responsabilité est le corollaire d'un pouvoir de décision, le vocable semble cependant choisi pour ménager les susceptibilités et provoquer le changement dans la douceur* »⁷⁰.

2.1.2 Une réforme à la fois responsabilisante et démotivante

La « nouvelle gouvernance » entend décroquer l'hôpital par la responsabilisation des professionnels hospitaliers afin de développer une gestion médico-économique des EPS. Or, dans les faits, l'ordonnance du 2 mai 2005 présentée à un médecin, à un directeur et à un cadre de santé suscite, dans la plupart des cas, les réactions suivantes : le premier rappellerait être médecin et pas gestionnaire, le deuxième déplorerait de voir sa compétence remise en cause avant que le troisième ne finisse par demander où il se situe dans tout ça. Entre intentions et ressentis, l'écart est donc grand.

a) Un rôle de gestionnaire non assumé par les médecins

Les médecins ont toujours émis le souhait d'être associés à la prise de décision. « La nouvelle gouvernance » place les médecins au cœur de la gestion administrative des structures médicales. Cependant, cette nouvelle responsabilité est parfois mal accueillie par les médecins pour deux raisons.

D'une part, cet impératif de gestion empiète sur le temps médical. Aujourd'hui, l'inquiétude principale des praticiens hospitaliers est la raréfaction du temps médical. On ne peut pas en effet espérer une participation forte du temps médical à la gestion, développer son niveau de responsabilité et d'intervention sans évoquer la question du temps médical. Membres du CE, administrateur, responsable de pôle, membre du bureau de la CME sont autant de fonctions vouées à être occupées par des éléments reconnus et motivés de la communauté médicale, dont les profils pourront manquer dans les établissements de taille réduite. Or, le choix pour un médecin d'exercer la médecine en EPS suppose dans bien des cas une volonté de s'affranchir de toutes contraintes gestionnaires ou administratives. La « nouvelle gouvernance » est ainsi vécue comme une bureaucratisation accrue du rôle du praticien après la mise en œuvre du Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information (PMSI) et de la démarche qualité. La « nouvelle gouvernance » butte sur l'impossibilité du temps médical requis pour la mettre en place : on constate des situations de blocage et des problèmes pour recruter. Il n'est pas toujours aisé de justifier pour un établissement la nécessité d'optimiser sa gestion en consommant un temps médical qui n'est, de fait, pas consacré à produire des actes tarifés.

⁷⁰ Thomas TALEC avec la collaboration de Jean Paul SEGADÉ, Qui décide à l'hôpital ?, Gestions hospitalières, 2006

D'autre part, beaucoup s'accordent à dire qu'il faut du courage pour être responsable de pôle. En effet, les médecins n'ont pas d'appétences pour le travail administratif. Au-delà des capacités managériales nécessaires à détenir pour être à la fois consensuel et suffisamment leader, pour rassembler, arbitrer et décider dans un contexte riche en querelles de territoire et en rivalités, c'est « *la délégation qui inquiète les médecins. C'est qu'on leur dise on vous donne une enveloppe débrouillez vous avec, faites une sélection des patients* »⁷¹. D'autres, craignent que le futur cadre administratif de pôle permette à l'administration hospitalière d'accroître son contrôle sur les soins ou que le CE n'existe en définitive que pour gagner certains leaders médicaux à la cause de l'équipe de direction. C'est pourquoi, il est difficile de trouver des bonnes volontés médicales pour mettre en place la « nouvelle gouvernance » dans quelques établissements des Pyrénées Atlantiques. Certains établissements ont vu des médecins se retirer des débats en CE lors de questions trop gestionnaires pour laisser le Directeur prendre la décision seul.

b) Des équipes de direction craignant une perte de prérogatives

La délégation de gestion est souvent perçue comme une « *remise en question de la compétence du corps des directeurs et comme un risque pour l'institution* »⁷². Ces derniers estiment que ces délégations de gestion constituent une remise en cause de leurs compétences. Selon eux, la « nouvelle gouvernance » sous-entend que leur savoir faire en matière de gestion n'est plus considéré comme suffisant pour piloter efficacement les établissements. L'idée d'un pilotage efficient des établissements est donc intimement liée à l'association des médecins à la gestion de l'institution. Cette idée soulève des craintes auprès des personnels de directions. Et si les pôles et les délégations de gestion étaient susceptibles de transformer « *l'hôpital en réseau de PME*⁷³ *veillant d'abord à leur intérêt propre, et peu enclin à se montrer solidaires dans le partage des recettes issues de la T2A ou à accepter de se voir affecter des personnels en difficulté professionnelle* »⁷⁴. Certes, les équipes de direction ne remettent pas en cause la capacité des médecins membres du CE et responsables de pôle à adopter un point de vue transversal dans l'exercice de leurs nouvelles fonctions et assurer une gestion efficiente des structures hospitalières. Ce faisant, la vision d'ensemble de l'établissement est actuellement le fait des directions fonctionnelles. La délégation de gestion s'analyse, selon eux, comme une mise à l'écart et une perte d'influence sur les décisions prises. Dès

⁷¹ Entretien avec un directeur d'hôpital

⁷² Entretien avec un directeur d'hôpital

⁷³ Petites et Moyennes Entreprises

⁷⁴ Antoine FAURE, Inquiétudes et espoirs des futurs acteurs de la nouvelle gouvernance hospitalière, Actualités JuriSanté n°51, Octobre 2005

lors, on comprend la réforme de la « nouvelle gouvernance » fait craindre aux équipes de direction une perte de prérogatives.

c) Des soignants à la recherche de leur place dans ce nouveau cadre

D'aucuns relèvent que « *si le nouveau rôle institutionnel des personnels médicaux apparaît clairement, les personnels non médicaux, quant à eux, demeurent dans une position moins lisible dans la dynamique de la nouvelle gouvernance* »⁷⁵. Quel est le positionnement du personnel soignant dans la nouvelle organisation interne de l'hôpital ? En s'interrogeant sur les conséquences de la « nouvelle gouvernance » sur le personnel soignant, on perçoit rapidement l'insuffisante prise en compte par la réforme de la stratégie soignante. Plusieurs éléments en témoignent.

Tout d'abord, nombreux professionnels relèvent que « *l'ordonnance ne prévoit pas la représentation du personnel paramédical au CE* ». Le directeur des soins pourrait légitimement prétendre à occuper une place au sein de cette instance. En témoigne les retours sur l'expérimentation de la « nouvelle gouvernance » pour laquelle la participation du directeur des soins avait été très largement retenue. Pour autant, l'ordonnance ne prévoit pas cette possibilité. Le texte offre ainsi la possibilité d'exclure le service de soins infirmiers de la réflexion stratégique de l'hôpital.

Au sein du pôle, la place des soignants suscite également quelques interrogations. L'ordonnance de mai 2005 ne précise pas en effet quelle est l'articulation entre la fonction de cadre délégué assistant le responsable et le directeur des soins. Par ailleurs, le responsable de pôle ayant autorité fonctionnelle sur le personnel du pôle, ce qui inclut de fait les personnels soignants, une partie des pouvoirs et de la légitimité du directeur des soins est remise en question. C'est notamment le cas lorsque la délégation de gestion permet au responsable de pôle de prendre des décisions ou des avis sur la gestion du personnel soignant.

2.2 Une liberté illusoire : une organisation rationnelle compromise

Les imprécisions de la réforme soulignées précédemment ont pour conséquence principale de mettre à mal les espaces de liberté créés par celle-ci. En effet, en pratique, les directeurs des hôpitaux du département reconnaissent assister à une « *exacerbation de enjeux de pouvoirs au sein de l'hôpital* » (2.2.1). C'est ainsi que la prégnance des enjeux de territoire dans l'organisation interne annihile les effets souhaités d'organisation rationnelle des structures hospitalières en complexifiant le processus décisionnel (2.2.2).

⁷⁵ Entretien avec un cadre supérieur de santé

2.2.1 Une exacerbation des enjeux de pouvoirs

Comme nous l'avons déjà explicité plus haut, la réforme de mai 2005 entend créer des espaces de liberté et de communication entre les acteurs afin de définir les conditions d'une gestion médico-économique de l'hôpital. Cependant, il apparaît en pratique que la mise en place du CE (a) et des pôles (b) exacerbent les logiques de territoire à l'intérieur de l'hôpital, augurant un retour à une « balkanisation »⁷⁶ des EPS, pourtant combattue par le texte ordonnantiel.

a) **Le Conseil exécutif : une instance « stratégique » à conquérir**

La nature indéterminée du CE fait de lui une instance convoitée. En effet, les débats ayant lieu lors des réunions du CE touchent à des domaines stratégiques auxquels les « décideurs de l'hôpital souhaitent vivement participer »⁷⁷. Dans la quasi-totalité des établissements du département⁷⁸, le nombre réduit des membres composant le CE induit par conséquent une recrudescence de lutte de pouvoirs au sein de l'équipe de direction et des responsables de pôles mais également entre l'équipe de direction et les responsables de pôles.

▪ **La « sédimentation »⁷⁹ de l'équipe de direction**

Dans la majorité des établissements, compte tenu du *numerus clausus* prévu, plusieurs membres de l'équipe de direction n'ont pas été désignés au sein du CE. Cela a abouti à une équipe de direction à deux vitesses. Dès lors, plutôt que de permettre l'implication de tous dans la gestion interne de l'hôpital la création du CE opérera sédimentation. Cette segmentation a parfois été assimilée à une hiérarchisation des directeurs adjoints, hiérarchisation source de conflits.

▪ **La division de la communauté médicale**

La contrainte afférente à la présence de responsable de pôle au titre de la composante médicale du CE peut se révéler contraignante. A l'instar du raisonnement relatif aux cadres de direction, certains responsables de pôles ne siégeront pas au CE. Dès lors, des conflits émergent, d'autant plus que les responsables de pôle siégeant au CE ont tendance à considérer qu'ils représentent de manière privilégiée leur pôle et ne se font pas toujours les porte-parole de la logique médicale de l'établissement. Par ailleurs, la concentration des pouvoirs entre un nombre réduit de médecins constitue un nid de tensions. En effet, les fonctions stratégiques telles que membre du CE, administrateur, responsable de pôle, membre du bureau de la CME sont souvent vouées à être occupées

⁷⁶ Entretien avec un Directeur d'hôpital

⁷⁷ Entretien avec un Directeur d'hôpital

⁷⁸ A l'exclusion des établissements de petite taille

⁷⁹ Hervé TANGUY, *Anticiper, anticiper, il restera toujours quelque chose...*, Gestions hospitalières, Octobre 2004

par des éléments reconnus et motivés de la communauté médicale, donnant ainsi le sentiment d'une main mise de certains professionnels de santé sur la gestion des structures hospitalières.

▪ **La maîtrise du CE un enjeu pour l'administration et les médecins**

Le caractère stratégique du CE a, dans certains établissements du département, exacerbé les tensions entre l'administration et la communauté médicale. En effet, les médecins arguent du caractère représentatif⁸⁰ de leur mandat pour légitimer leur poids dans la décision stratégique face à des représentants de l'administration titulaires d'un mandat impératif⁸¹. L'enjeu est ici d'imposer sa logique à l'autre « camp ».

b) Création de pôles et contractualisation interne : de la stratégie à l'opportunité

La création des pôles et la contractualisation interne sont des outils pensés pour donner de la flexibilité dans l'organisation rationnelle dans les établissements. Pourtant, plusieurs directeurs d'hôpital reconnaissent que le « *découpage en pôle ne coïncide pas toujours avec une organisation la plus rationnelle qui soit* »⁸². Les enjeux de pouvoirs prennent de nouveau le pas sur l'impératif de rationalité présidant à la création des pôles, mettant en branle l'objectif de concertation et de gestion médico-économique des pôles d'activité.

▪ **La constitution des pôles : un « pragmatisme combinatoire »**⁸³

La synthèse de l'expérimentation de la mise en place de la « nouvelle gouvernance » dans une centaine d'établissements pilotes résume la logique de constitution des pôles par l'expression suivante : « *un pragmatisme combinatoire* ». Suite aux entretiens réalisés, nous pouvons légitimement transposer cette logique à la mise en place des pôles dans les établissements du département. En effet, les hôpitaux pyrénéens ne font pas valoir une logique unique de constitution des pôles à savoir répondre aux exigences d'une gestion efficiente des structures hospitalières. Les établissements combinent, dans les faits, une pluralité de logiques. Si la « *logique médicale est préférée* »⁸⁴, sans pour autant réellement privilégier la pathologie, l'organe ou la filière, celle-ci n'est pas toujours suffisante. Les établissements sont parfois « *obligés de prendre en compte des logiques plus opportunistes liées aux appétences des médecins* »⁸⁵. « *La notion du vouloir vivre ensemble* »⁸⁶ dicte trop souvent le découpage en pôles des établissements du département.

⁸⁰ Les responsables de pôle membres du CE sont élus par la CME

⁸¹ Le Directeur nomme les représentants de l'équipe de direction au CE

⁸² Entretien avec un Directeur d'hôpital

⁸³ Anticipation de la « nouvelle gouvernance », Synthèse des entretiens téléphoniques réalisés au 21 juin 2004

⁸⁴ Entretien avec un directeur d'hôpital

⁸⁵ Entretien avec un Directeur d'hôpital

⁸⁶ Anticipation de la « nouvelle gouvernance », Synthèse des entretiens téléphoniques réalisés au 21 juin 2004

- **Le pôle : un enjeu de pouvoir**

Le pôle est érigé en norme par l'ordonnance de mai 2005. « *Encore faut-il ne pas l'ériger en enjeu de pouvoir* »⁸⁷, ce que semble faire le texte. En effet, la création du pôle ne met pas fin à la notion de service. A nouveau, la sédimentation l'emporte sur la substitution. Cette survie s'analyse comme l'héritage de l'histoire hospitalière. La coexistence des pôles et des services, souvent discutée, constitue dès lors au sein des établissements une source de conflits et de confusion entre chef de service et responsable de pôle. Les chefs de service sont en effet particulièrement attachés à leurs prérogatives et supportent mal de ne pas être responsables de pôle. Le flou autour de la répartition des compétences entre chef de service et responsable de pôle amplifie les tensions. Le maintien des services apparaît donc pour les directeurs comme « *problématique* ». Cependant, il semble difficile aux personnes interrogées de supprimer les services dans un laps de temps réduit « *tant on touche au noyau dur, symbole de l'organisation hospitalière* »⁸⁸.

2.2.2 Une complexification du processus décisionnel

Le cadre rénové mis en place par la réforme de la « nouvelle gouvernance » incite les établissements à une gestion médico-administrative. Cependant, les principaux acteurs de cette nouvelle gestion des EPS constatent un alourdissement du cycle décisionnel.

a) Le Conseil exécutif : entre simplification et complexification

Les apports du CE dans la mise en place d'un espace de concertation propre à amener les établissements vers une gestion médico-économique de la structure sont à nuancer. En effet, cette nouvelle instance vient se superposer à celles existantes et voire les supplanter.

- **Une instance supplémentaire dans la gestion des EPS**

Pour la plupart des établissements du département, la création du CE correspond à l'officialisation d'une pratique déjà développée consistant pour la direction à travailler en collaboration avec le corps médical. Nombreux reconnaissent que le fait d'institutionnaliser ce mode de fonctionnement a le mérite d'imposer un lieu d'échange. Pour autant, certains s'interrogent sur les gains de fonctionnement apportés par cette instance. « *En quoi la création du conseil exécutif a simplifié le mode de fonctionnement*

⁸⁷ Entretien avec un Directeur d'hôpital

⁸⁸ Hervé TANGUY, *Anticiper, anticiper, il restera toujours quelque chose...*, Gestions hospitalières, Octobre 2004

des établissements publics de santé ? N'était-il pas possible de médicaliser davantage le processus décisionnel en s'appuyant sur les instances existantes ? »⁸⁹

▪ **Une menace pour les instances déjà en place ?**

La mise en place du CE fait « *planer un doute sur la légitimité et l'utilité des instances* »⁹⁰ des EPS. Les établissements du département ne constatent pas d'impact particulier sur le CA. L'impact sur la CME et le CTE est, quant à lui, plus perceptible. En effet, le CE est devenu de fait le lieu de l'élaboration globale de la stratégie de l'établissement. Ces instances peuvent parfois se retrouver vidées de leurs substances. Tel est notamment le cas dans les structures de petite taille, qui ont vu « *les prérogatives de la CME fondre face à la montée en puissance du CE* »⁹¹. Enfin, l'impact du CE sur le comité de direction se traduit parfois par la baisse de la fréquence du comité voire une disparition pure et simple dans les cas où tous les membres de l'équipe de direction participent au CE.

b) Une gestion médico-économique des pôles entravée par la superposition d'échelons

Le pôle constitue, en lui-même, un nouvel échelon intermédiaire, dans l'organisation interne, se superposant aux structures hospitalières déjà existantes telles que les services ou les unités fonctionnelles. Par ailleurs, les modalités de gestion définies par les textes mettent en place en leur sein de « *nouvelles lignes intermédiaires superflues* »⁹². En effet, le directeur référent et le cadre soignant délégué constituent autant d'échelons intermédiaires, aux intérêts souvent contradictoires, dans le management et la gestion quotidienne du pôle. Or, on peut se demander, à l'heure où les contraintes pesant sur l'hôpital sont de plus en plus importantes, si cette coexistence de niveaux intermédiaires ne constitue pas un obstacle à l'objectif de réactivité accrue et de gestion efficiente des pôles.

2.3 Un suivi institutionnel distant de la DDASS révélateur de l'échec du pilotage intégré du système de santé ?

Si beaucoup de directeurs d'hôpital reconnaissent le « *peu d'implication de la tutelle* » dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance », peu considèrent que « *l'inverse aurait changé grand-chose* » et qu'une aide des DDASS les aurait aidés à dépasser certaines difficultés rencontrées dans la mise en place de cette réforme. On comprend

⁸⁹ Sanaa MARZOUG, Le conseil exécutif, nouveau maillon du processus décisionnel dans les établissements publics de santé, Actualité JuriSanté n°51, Octobre 2005

⁹⁰ Antoine FAURE, Inquiétudes et espoirs des futurs acteurs de la nouvelle gouvernance hospitalière, Actualités JuriSanté n°51, Octobre 2005

⁹¹ Entretien avec un Directeur d'hôpital

⁹² Entretien avec un Directeur d'hôpital

donc que les établissements du département n'identifient pas la DDASS comme une structure référente dans la mise en œuvre et l'application des obligations ordonnancielles. La distance prise par la DDASS, dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance » résulte tant de la non identification par les établissements du rôle qu'elle peut jouer dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance » que d'une « stratégie » régionale. Elle est en outre légitimée par le fait que « *la réforme de l'organisation interne des établissements a vocation à être mise en œuvre librement par eux-mêmes* ». Néanmoins, on peut se demander si ces éléments ne sont pas plutôt symptomatiques de l'échec d'une politique de santé intégrée. L'analyse du dispositif actuel de régulation du système de santé pourrait expliquer cette vision des établissements quant aux instances de contrôle. En effet, l'échec dans la mise en place d'une politique régionale de santé intégrée a contribué à diluer le rôle des organes de contrôle, et notamment celui de la DDASS, par une superposition d'acteurs aux compétences enchevêtrées (2.3.1) et a permis l'émergence de nouveaux opérateurs venant les menacer dans leurs compétences (2.3.2).

2.3.1 Des acteurs multiples aux compétences enchevêtrées

L'ambition de créer un système de santé dans le but d'offrir à toute la population un accès équitable à des soins de santé acceptables et efficaces qui répondent de façon efficiente aux besoins de santé de la population implique que le dispositif de régulation de ce système soit organisé de façon intégrée pour trouver des équilibres entre ressources et ambition. Face à l'éclatement des institutions présentes en la matière, l'ARH devait clarifier la répartition des compétences de chacune d'entre elles pour répondre aux nécessités d'intégration et de coordination du système. Cependant, en pratique, cette ambition semble avoir échoué. En effet, le partage de compétence entre l'Etat et l'Assurance maladie reste obscur (b) malgré la création des ARH (a). D'un point de vue des établissements, le paysage institutionnel devient moins lisible. D'un point de vue des autorités de contrôle, et notamment de la DDASS, son implication dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance » est compromise puisque fragilisée dans son identité institutionnelle.

a) Les agences, une fausse solution à l'éclatement du dispositif ?

Le recours à ce mode de gestion publique qui consiste à confier à des opérateurs des missions de régulation, d'expertise ou de gestion traditionnellement assurées par l'administration, est un fait majeur de l'évolution du paysage institutionnel. Aucun secteur n'y échappe. Traditionnellement, dans le domaine de l'emploi et de la formation

professionnelle (ANPE⁹³, AFPA⁹⁴) et de la sécurité sociale, désormais courant dans le domaine sanitaire (AFSSET⁹⁵, ARH). C'est ainsi, qu'une multitude d'agences ont été créées ces dernières années. Centrées sur des domaines restreints, ces agences ont pour but d'opérer une meilleure régulation de ces champs d'activités menacés ou en crise du fait, précisément, de l'absence de coordination entre les différentes institutions. Leur création répond donc à la nécessité de légitimer et de renforcer l'expertise dans la décision, en l'autonomisant vis-à-vis du pouvoir politique apparaissant trop liés à des intérêts parfois contradictoires à l'intérêt général du système. Leur bilan est contrasté. D'un côté, l'estimation scientifique dans les prises de décisions a été renforcée et a permis, ici ou là, de réelles avancées et restructurations en dépassant les décloisonnements préexistants. Mais paradoxalement, elles créent de nouveaux clivages et cloisonnement qui ajoutent à la complexité du système. En effet, elles ne remettent pas fondamentalement à plat les institutions préexistantes qu'elles doublent parfois. L'ARH offre une illustration parfaite de cette contre productivité.

b) La création des ARH : une clarification du dispositif échouée

Les acteurs intervenant dans le champ de la santé sont nombreux : Etat, organismes de protection sociale, collectivités territoriales, professionnels de santé, usagers. Ils sont parfois coordonnés, parfois totalement indépendants les uns des autres, très souvent faussement coordonnés. Les nombreux trains de réformes engagés au cours de la dernière décennie pour maîtriser les dépenses, rationaliser le système de soins et promouvoir la santé publique ont donné lieu à une prolifération institutionnelle⁹⁶, sur fond d'affaiblissement progressif des services déconcentrés de l'Etat et de morcellement de ses missions. La création de l'ARH en 1996, dont la finalité était de créer un nouveau mode de relation entre les acteurs en se positionnant comme une instance coordonnant les moyens de l'Etat et ceux de l'Assurance Maladie pour mettre hôpitaux et cliniques au service de la politique de santé, en est la parfaite illustration. Pour autant, cette affirmation du bien fondé d'une cohérence régionale ne préjuge pas de l'organisation du système de santé qui demeure enchevêtré et donc confus. « *Actuellement, trois modes de régulation coexistent avec un triple résultat : une Etat proche de l'omnipotence, une sécurité sociale marginalisée et une forme de déconcentration hybride.* »⁹⁷ On comprend donc que la création des ARH n'a pas permis de lever les obstacles principaux actuels à une

⁹³ Agence Nationale Pour l'Emploi

⁹⁴ Agence nationale de Formation Professionnelle pour les Adultes

⁹⁵ Agence Française de Sécurité Sanitaire, Environnementale et du Travail

⁹⁶ Autorités, agences et autre GIP se sont multipliés sans réaménagement d'ensemble du paysage

⁹⁷ Commissariat général au plan, novembre 2005, Rapport du groupe Pôles, "Pour une régionalisation du système de santé en 2025 – offres régulation et secteurs : essai de prospective"

régulation globale, intégrée et efficace du système de santé. Subsistent ainsi le cloisonnement des politiques respectivement conduites en direction de l'hôpital, de la médecine de ville et du secteur médico-social. Il faut en effet constater que la commission exécutive, en dépit de sa composition, n'a que très rarement constitué un lieu d'échange et de construction de l'ébauche d'une véritable transversalité du système régional de soins. Ainsi, même si l'ARH n'a pas vocation à construire les stratégies de recomposition du médico-social et de l'ambulatoire, rarement les ponts ont été ouverts en commission exécutive avec le sanitaire ou la santé publique. Les membres des services déconcentrés et des services de l'Assurance Maladie qui la composent sont, pour la plupart, restés attachés à la défense de leur territoire institutionnel, gardant dans leur « pré carré » les informations ou actions que tel ou tel texte leur donnait en responsabilité propre. Par ailleurs, l'ARH n'a pas su mettre un terme à l'enchevêtrement des compétences entre services de l'Etat et les organismes de l'Assurance Maladie, enchevêtrement accentué par la dispersion institutionnelle à l'échelon régional, avec une organisation tricéphale (ARH, Assurance Maladie, DRASS). C'est pourquoi depuis quelques années l'option décentralisée a reflué. En témoignent la création des Missions Régionales de Santé préfigurant la mise en place des ARS⁹⁸ ou encore le poids à nouveau prépondérant du Ministère de la Santé et de la CNAM dans les mécanismes de financement. Au quotidien, ce manque de visibilité est relevé par les établissements qui parfois, selon les agents de la DDASS, « *en usent pour parvenir à leurs fins* ».

2.3.2 Une compétence menacée par de nouveaux opérateurs ?

Fragilisée par une identité institutionnelle non rigide, les nouveaux opérateurs intervenant dans le secteur sanitaire pourraient-ils menacer la DDASS dans ses compétences même ? Il en est ainsi pour les instances comptables et le pouvoir de surveillance financière (a) et pour la MeaH et la mission d'accompagnement et de suivi (b).

a) Pouvoir de surveillance financière et instances comptables

Renforcé depuis l'ordonnance du 2 mai 2005, le pouvoir de surveillance financière semble pouvoir être menacé par la montée en puissance des instances comptables chargées du contrôle des comptes publics en cette période de valorisation de la performance de la gestion publique. Ainsi, la Cour des Comptes, les Chambres Régionales des Comptes et la Cour de Discipline Budgétaire et Financière sont-elles susceptibles de remettre en cause la compétence de la DDASS dans sa mission de contrôle financier des EPS. Que penser de leur rôle ? Ces instances ont en effet pour vocation de contrôler la gestion de

⁹⁸ Article 67 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

toutes les administrations et organismes publics ou para-publics. Elles exercent un contrôle sur la qualité et la régularité de la gestion, sur l'efficacité et sur l'efficacité des actions menées au regard des objectifs fixés. Ces missions se réfèrent ainsi aux pratiques d'audit de la performance, c'est-à-dire de la vérification des résultats, et d'évaluation de politiques.

b) Mission d'accompagnement et MeaH

La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MeaH) a été créée en mai 2003⁹⁹ dans le cadre du Plan Hôpital 2007. Rattachée au Ministère de la santé (Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins), elle aide les établissements de santé publics et privés à améliorer leur organisation. Il revient à la MeaH de piloter le changement et de financer les consultants pour garantir que les objectifs nationaux et locaux seront atteints. Elle est financée par le Fonds de Modernisation des Etablissements de Santé Public et Privés (FMESPP). Son objectif est de faire émerger une meilleure organisation des activités hospitalières. La « nouvelle gouvernance » constitue à cet égard un des chantiers de la MeaH venant ainsi supplanter la DDASS dans ses attributions.

Ainsi, les établissements pyrénéens sont en cours de mise en place de la réforme de la « nouvelle gouvernance ». Les dispositions de l'ordonnance, par les bouleversements institutionnels qu'elle impose, ont mis les établissements face aux difficultés précédemment évoquées. Ces dernières s'analysent comme étant les incidences d'une réforme paradoxale et exacerbant les obstacles internes déjà à l'œuvre au sein des hôpitaux. Les ambitions, louables et légitimes, de la réforme se retrouvent annihilées par les réalités de terrain. Ce constat, en posant la question de l'impact d'une « *évolution imposée* »¹⁰⁰ dans l'organisation interne des EPS, nous conduit à nous interroger sur la place à occuper, en l'espèce, par l'ARH et la DDASS. L'obligation de faire entraîne-t-elle, à elle seule, un dynamisme suffisant pour une mise en place cohérente de la réforme de la « nouvelle gouvernance » dans le département ? Ou bien est-il nécessaire de renforcer le dispositif d'accompagnement et de suivi des EPS dans cette construction ? Les difficultés relevées sur le terrain dans la mise en place de la réforme suffisent à démontrer la nécessité du renforcement du dispositif d'accompagnement et de suivi par la DDASS.

⁹⁹ Loi de financement de sécurité sociale de 2003

¹⁰⁰ ESPER C., La nouvelle gouvernance des hôpitaux publics : un texte entre modernité, encadrement et liberté, Gestions hospitalières, Octobre 2004

3 Renforcer l'accompagnement et le suivi par la DDASS des établissements pyrénéens dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance »

Bien qu'ils aient rempli les obligations imposées par la réforme, les établissements du département se retrouvent face à de réelles difficultés dans la mise en place de la réforme. Une aide extérieure peut s'avérer alors utile et légitime. Il ne s'agit pas ici de prendre de nouveaux textes et circulaires mais bien de proposer un accompagnement aux EPS qui se trouvent, de fait, confrontés à de nouveaux enjeux et de nouvelles difficultés. En effet, la réussite de la réforme passe aussi par les organes de contrôle, dans la mesure où le texte ordonnantiel vise à responsabiliser chacun dans l'exercice de ses fonctions. Il convient dès lors de s'éloigner du modèle relationnel traditionnel, hiérarchique et cloisonné à l'oeuvre dans le dispositif hospitalier, pour intégrer un nouveau modèle relationnel contractuel et responsabilisant. Il revient donc à la DDASS, pour le compte de l'ARH, d'accompagner les EPS dans cette profonde évolution. Or, force a été de constater que, si la réforme est au milieu du gué dans les établissements, elle l'est également « *au niveau législatif* » et au niveau du « *positionnement des autorités sanitaires* »¹⁰¹. Un renforcement du dispositif d'accompagnement et de suivi de la réforme est donc nécessaire. L'enjeu est, aujourd'hui, de se donner les moyens de réussir la réforme en répondant aux objectifs suivants : informer, former, appuyer, conseiller.

Les éléments développés ci-après constituent des propositions de nature à renforcer l'accompagnement de la réforme de la « nouvelle gouvernance ». L'IASS, de part son positionnement professionnel, représente le maillon opérationnel principal dans la réussite de cet objectif stratégique.

Ce faisant, pour être opérant, ce renforcement nécessite que les autorités sanitaires, et notamment la DDASS, se repositionnent clairement sur le champ de l'accompagnement des réformes, de sorte que soit garanti une cohérence dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance » (3.1). Ce repositionnement, fort et visible, permettrait dès lors aux DDASS d'être en capacité de définir les conditions d'une mise en place optimale et opérationnelle de la réforme (3.2). Pour autant, l'annonce d'un « *changement complet de gouvernance de l'hôpital, de fond en comble* »¹⁰² en 2008 renvoie à la future mise en place des ARS. Cette nouvelle organisation viendrait bousculer le paysage institutionnel

¹⁰¹ Bernard BONNICI et Denis DEBROSSE, Nouvelle gouvernance : Etat des lieux et perspectives, Revue hospitalière de France n° 516, Mai-Juin 2007

¹⁰² Nicolas SARKOZY, Président de la République, Discours prononcé lors d'une conférence de presse le mardi 8 janvier 2008

en place par une restructuration de nature à poser les conditions d'une réelle politique régionale de santé intégrée. Cette innovation impose dès lors aux DDASS de s'interroger sur la place et le rôle qu'elles joueront demain dans le jeu hospitalier (3.3).

3.1 Se repositionner sur le champ de l'accompagnement pour garantir une mise en place cohérente de la « nouvelle gouvernance »

Il ressort de la situation départementale que la DDASS n'est pas identifiée comme une institution ressource dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance ». Or, si l'ambition est de se repositionner sur le champ de l'accompagnement, cela nécessite au préalable que la DDASS réaffirme son identité institutionnelle de référent privilégié des EPS (3.1.1). Les DDASS renforceront ainsi leur légitimité pour porter la réforme et se faire le porte-parole de la stratégie régionale de santé (3.1.2).

3.1.1 Réaffirmer son identité institutionnelle d'accompagnant privilégié des EPS

L'identité institutionnelle des DDASS s'est effilée au fil des évolutions hospitalières pour finalement avoir perdu en force. Bien que la réaffirmation du caractère privilégié de l'accompagnement des DDASS soit légitime (a), un appui de l'ARH est indispensable à la réussite de cette ambition (b).

a) *Un accompagnement légitime*

La « nouvelle gouvernance » est perçue par les établissements comme une évolution profonde à mettre en œuvre dans un temps limité par un hôpital public confronté, entre autres, à l'assimilation de la T2A et de la deuxième version de l'accréditation. Mais, l'hôpital a-t-il réellement le temps de les assimiler ? Leur succession rapide n'altère-t-elle pas sa capacité d'absorption ? Dispose-t-il de tous les outils nécessaires à leur traduction dans l'évolution de son organisation ?

Les établissements sont donc « victimes » de la succession de ces contraintes externes, définies par l'Etat, qui s'imposent à la logique interne de l'établissement. Or, l'Etat, via les DDASS pour le compte de l'ARH, est juge de la stratégie des EPS. Il est donc dans la logique du service public que les DDASS, à l'interface entre les ARH et les EPS, interviennent dans la mise en place de ces réformes et en l'espèce dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance ». Les pouvoirs d'influence, d'incitation et d'approbation sont autant de leviers d'action à la disposition de la DDASS à utiliser comme des éléments externes d'accompagnement dans la restructuration interne des EPS. En effet, la tendance actuelle consiste à osciller entre autonomie et contrôle. Ceci s'explique dans la mesure où, le système n'étant pas maîtrisé, le contrôle rassure.

b) Le nécessaire appui de l'ARH

Parce que la DDASS est sous l'autorité des ARH, celle-ci peut difficilement prétendre venir à bout de cette ambition seule. En effet, la qualité d'organe opérationnel de la politique gouvernementale conférée aux ARH impose que la définition de la stratégie à mener, pour mettre en place et accompagner une évolution telle que la « nouvelle gouvernance », relève exclusivement de la compétence du niveau régional de régulation du système de santé. La DDASS ne peut donc, à elle seule, envisager de prendre la décision de développer une dynamique territoriale d'accompagnement dans la mise en place de la réforme de la « nouvelle gouvernance ». L'intervention de la DDASS dans l'accompagnement de ladite réforme ne peut ainsi être légitimée que par le soutien de l'ARH. A l'occasion de la Commission exécutive, le représentant de la DDASS des Pyrénées Atlantiques pourrait soutenir cette ambition à deux titres. Tout d'abord, l'analyse du contexte départemental révèle la difficulté de certains établissements dans la mise en place de la réforme. Ensuite, le plan hôpital 2007 exige un changement profond dans l'organisation et le fonctionnement des EPS. Le succès de ce plan passe par la maîtrise de cette réforme qui permettra d'éviter les dérives possibles et de mobiliser les acteurs de l'hôpital. La décision « politique » de renforcer l'accompagnement dans la mise en place de la réforme de la « nouvelle gouvernance » prise, la DDASS pourraient activer un suivi précis dans les établissements. Ce suivi permettrait aux hôpitaux de l'identifier comme référent sur le sujet.

3.1.2 Porter la réforme tout en étant le porte-parole de la politique régionale de santé

Le repositionnement de la DDASS sur le champ de l'accompagnement de la réforme de la « nouvelle gouvernance » permettra, à cette occasion, de s'assurer de la cohérence des choix de l'hôpital en la matière, avec l'ensemble du dispositif hospitalier régional et/ou départemental (a). Le levier d'action principal de la DDASS sera, à l'évidence, sa capacité à communiquer auprès et avec les établissements (b).

a) Garantir la cohérence de la mise en place de la réforme dans les établissements

La réforme de la « nouvelle gouvernance » aura « *une portée limitée, voire contre productive* »¹⁰³, si elle ne s'inscrit pas dans la logique globale du dispositif hospitalier régional. L'accompagnement des établissements du département dans la réforme doit

¹⁰³ Antoine RAVELO DE TOVAR et Martine GUIDT, Le pilotage des missions des établissements publics de santé : un nouveau paradigme, Gestions hospitalières janvier 2006

donc intégrer une dimension stratégique fondée sur la promotion d'objectifs régionaux de santé dans la démarche de restructuration interne des EPS. Les priorités de santé définies par l'ARH devront dès lors être appliquées à toutes les séquences de la mise en œuvre de la réforme dans les établissements. La DDASS devra à ce titre être garante de la compatibilité entre les contraintes externes et les contraintes internes des hôpitaux.

- **Veiller à la cohérence de l'articulation de l'organisation territoriale des soins avec la politique d'établissement**

La réorganisation des pouvoirs et des structures hospitalières au sein de l'hôpital va de pair avec une redéfinition de la politique générale de l'établissement. Si la réforme vise à intégrer davantage de transversalité à l'intérieur des organisations hospitalières, la DDASS doit s'assurer de cette transversalité avec l'environnement extérieur des EPS. L'articulation de la politique d'établissement avec le Schéma Régional d'Organisation Sanitaire (SROS), les Projets Médicaux du Territoire (PMT) doit pouvoir permettre de fédérer sur le territoire régional de nouvelles synergies, adossées aux orientations stratégiques régionales, déployées dans un portefeuille d'activité associant recherche de l'efficacité de tous et adéquation aux besoins de la population.

- **Veiller à la cohérence de la restructuration interne avec la politique de l'établissement**

L'exigence de professionnalisme, les contraintes économiques d'efficacité et de performance, présidant à la restructuration interne des établissements dans le cadre de la réforme de la « nouvelle gouvernance », doivent être intégrées à la redéfinition de la politique d'établissement sans pour autant venir compromettre l'histoire et les spécificités de la structure. La DDASS doit s'assurer que l'organigramme issu de la réforme soit représentatif de l'activité de l'hôpital et qu'il marque le passage d'une vision administrative à une forme d'organisation hospitalière traduisant une dynamique médicale.

b) La communication : un levier d'action

L'ampleur de la réforme de la « nouvelle gouvernance » engendre une rupture organisationnelle et culturelle pour les établissements et les professionnels. De telles mutations vont nécessiter du temps, de la ténacité et du savoir faire. Il revient aux DDASS, pour le compte des ARH, de faire preuve de pédagogie vis-à-vis des établissements concernés par ces restructurations. Outre les considérations financières en jeu, il faudrait, plus et mieux, expliquer les raisons et les justifications de la réforme.

- **Communiquer sur le sens de l'action pour enclencher une vision positive de la réforme**

Au-delà de l'information, une communication tournée vers l'action devrait permettre à la DDASS de mieux faire entendre et comprendre la déclinaison de la politique

gouvernementale sur la région et sur le département. Avec l'appui des ARH, les DDASS devront investir et s'investir dans une communication qui permette à chacun de comprendre le sens des changements induits par la réforme de la « nouvelle gouvernance » et son intégration dans la dynamique actuelle de refondation de l'organisation hospitalière. Cette compréhension devrait permettre aux acteurs de l'hôpital d'intégrer la réforme à leur pratique professionnelle pour en dégager des intérêts personnels. La mise en oeuvre de cette forme de communication permettra d'aménager les conditions d'un partage d'expérience et d'un échange sur les réussites, limites et questionnements dans la mise en place de la réforme.

▪ **Identifier les temps de la communication**

La mise en place de cette communication par la DDASS doit être déconnectée de la procédure de contrôle a priori et de la gestion des moyens. Elle suppose, au contraire, que soit investi le temps de la contractualisation dont l'importance a été consacrée avec la mise en place des CPOM. Le suivi annuel des CPOM constitue dès lors un moment opportun pour rappeler aux établissements les fondements et les finalités de la réforme. En effet, c'est bien au travers des CPOM que la DDASS effectue ses missions pour le compte de l'ARH. Pour autant, une fois le processus de contractualisation effectué, la DDASS doit respecter l'autonomie des établissements et intervenir uniquement lorsqu'ils sont en difficultés.

3.2 Définir les conditions d'une mise en place optimale et opérationnelle de la « nouvelle gouvernance »

Aujourd'hui, il est aussi important de prendre des décisions que d'étudier leur mise en oeuvre. Mettre en oeuvre les moyens d'appliquer une solution rationnelle est parfois plus difficile que de rechercher la solution rationnelle par elle-même. En effet, en voulant s'acharner à appliquer la décision sans entendre les échos, on aboutit à un rejet complet. Son identité institutionnelle d'accompagnant dans la mise en place de la réforme de la « nouvelle gouvernance » réaffirmée, la DDASS doit alors rechercher les conditions d'une mise en place optimale et opérationnelle de ladite réforme. Cette période, à construire avec pragmatisme et énergie, semble passer par une capacité à faire preuve d'adaptabilité et de souplesse (3.2.1) ainsi qu'à promouvoir un nouveau mode de management (3.2.2). L'ensemble des éléments développés ci-après constitue des propositions de nature à faciliter la mise en place de la « nouvelle gouvernance ». Celles-ci doivent être suggérées aux établissements, en cas de besoin, tout en respectant leur niveau d'autonomie dans la mise en place de la réforme en leur sein.

3.2.1 Faire preuve d'adaptabilité et de souplesse pour pallier les lacunes du texte

Nous l'avons vu, les établissements du département ont relevé des difficultés inhérentes au contenu de la réforme. Ces lacunes dans le texte ordonnantiel constituent des freins à une mise en place optimale et opérationnelle de la «nouvelle gouvernance». Pour autant, le dépassement de ces difficultés ne nécessite pas l'intervention de la MeaH ou encore un plan d'accompagnement précis dans le cadre du dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières. La DDASS pourrait intervenir pour aider les établissements dans leur quotidien en leur laissant l'initiative ou en leur proposant de recourir à des variantes organisationnelles, variantes conformes à l'esprit du texte. C'est ainsi que les développements suivants pourraient être proposés aux établissements du département pour, peut être, débloquer des situations dans la mise en place et le fonctionnement du CE (a) ou dans le découpage en pôle et le développement de la contractualisation interne (b).

a) Propositions de nature à faciliter la constitution et le fonctionnement du Conseil exécutif

En l'absence de définition claire et précise des conditions d'organisation et de fonctionnement, les notions de liberté, souplesse et adaptation de la règle au cadre local semblent être les conditions de l'opérationnalité du CE.

▪ **Consigner dans le règlement intérieur les modalités d'organisation et de fonctionnement du CE**

En l'absence de précisions réglementaires sur la nature du CE, il pourrait être recommandé aux établissements de notifier les règles de fonctionnement et d'organisation de cette instance dans le règlement intérieur.

▪ **Limiter les attributions du CE à la gestion quotidienne de l'établissement**

La nature de l'instance étant encore indéterminée, il serait opportun que les CE des établissements se limitent à un rôle de gestion des affaires quotidiennes de l'établissement afin d'éviter que cette instance ne se substitue à la CME, au CTE ou au CA. Il faudra cependant être vigilant à ce que cette limitation n'enferme pas le CE dans un formalisme exacerbé et contreproductif.

▪ **Promouvoir une approche souple dans la composition du CE**

Le CE doit être conçu comme une instance à géométrie variable pour pouvoir s'adjoindre toute compétence utile selon les questions à l'ordre du jour. Il serait ainsi souhaitable de permettre la présence, à caractère consultatif, d'experts permanents ou de représentants du personnel soignant (le directeur des soins notamment). On pourrait également imaginer que la composition du collège des membres de l'équipe de direction varie en fonction des thématiques de travail.

b) Propositions de nature à donner des repères pour la création des pôles et le développement de la contractualisation interne

Les questions en suspens autour des notions de pôle et de contractualisation interne impose à la DDASS de pouvoir proposer aux établissements des conseils qui pourront les aider dans la mise en place de celles-ci.

▪ **Diffuser une définition commune de la notion de pôle**

Les établissements regrettant l'absence de critères de définition des pôles, il devrait être diffusé une définition unique des pôles. Le pôle doit constituer un sous-ensemble d'un établissement de santé mettant à disposition, directement ou indirectement, diverses compétences et ressources congruentes et spécifiques au service du meilleur soin du patient :

- Soit autour de la prise en charge d'une ou plusieurs pathologies ;
- Soit au travers d'un mode de prise en charge particulier ;
- Soit selon tout autre mode idoine d'organisation justifié par la reconnaissance de critères d'excellence ou de référence.

▪ **Préciser le contenu du contrat de pôle**

Le contenu des conventions constitutives de pôle revêt une importance primordiale dont la portée n'a semble-t-il pas encore été complètement évaluée. C'est ce contrat qui doit définir le niveau d'autonomie dont disposeront les structures hospitalières internes. Une attention particulière doit donc être portée à leur égard. Pour être opérationnels et utiles dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance », les contrats de pôle devront fixer :

- Des objectifs (d'activité, de recherches ou de qualité...) ;
- Des moyens (des marges de manœuvre par fongibilité de crédits, opportunité de décider des achats, des recrutements...) ;
- Un dispositif d'indicateur et d'évaluation des résultats.

▪ **Gérer la survie des services dans l'organisation en pôle**

La notion de service ne constitue plus une entité administrative, ni même un échelon de gestion décisionnel. Il devient une entité fonctionnelle, un centre de ressources et de coûts mettant ses compétences et ses ressources à disposition d'un ensemble plus large et cohérent d'activités. L'attachement des professionnels médicaux et paramédicaux à la notion de service impose que cette évolution se fasse progressivement. Ainsi, on pourrait imaginer qu'à l'échéance des mandats actuels, en choisissant de ne pas nommer de nouveaux chefs de services et en refusant de renouveler les chefferies, les établissements mettent progressivement fin aux services.

3.2.2 Promouvoir un nouveau mode de management pour garantir une organisation rationnelle

Nous l'avons constaté, la révolution institutionnelle provoquée par la réforme n'a pas séduit l'ensemble du personnel. Le projet gouvernemental a en effet évacué trop rapidement le fossé culturel qui sépare les praticiens et les gestionnaires. Or, là se jouent les réussites et les échecs des réformes. C'est donc aux directeurs d'hôpital de combler cette lacune en développant un nouveau mode de management (a) dans leur pratique quotidienne (b).

a) Une évolution du management imposée par la réforme de la « nouvelle gouvernance »

Avec la réforme de la « nouvelle gouvernance » on assiste à l'entrée du corps médical dans le « monde de la gestion ». Cette nouvelle donne dans l'équilibre structurel existant va complexifier la fonction de directeur d'hôpital. La connaissance technique doit se doubler d'une réelle capacité managériale pour laquelle la plupart des dirigeants n'a pas été préparée¹⁰⁴. La réforme de la « nouvelle gouvernance » suppose donc une réflexion du corps de direction pour adapter son mode de fonctionnement aux nouvelles exigences posées par l'apparition de la gestion médico-économique à l'hôpital. Les directions ont en effet pour rôle d'accompagner le changement humain et technique, de promouvoir l'innovation et la qualité des prestations. Or, comme le souligne René COUANAU : « *Le directeur d'hôpital est responsable mais pas patron. [...] son autorité est limitée. Il doit négocier et composer avec le président de CME, le maire président du CA et, le cas échéant, le doyen.* » Le management systémique apparaît alors comme le seul moyen à sa disposition pour conduire son établissement à travers la réforme de la « nouvelle gouvernance ». La notion de management systémique, apparue dans les entreprises, implique un travail renouvelé sur les problématiques du changement et la gestion des transitions. Il s'agit d'une démarche de rationalisation de l'action organisée dans les structures confrontées à une complexification accrue des contraintes tant au niveau humain que technique. Les établissements qui sauront donner une valeur stratégique à la gestion de leurs compétences seront à n'en pas douter ceux qui se positionneront le mieux dans le paysage hospitalier de demain.

¹⁰⁴ L'observation de la situation des établissements démontre que le plus souvent il y a un lien entre la performance de la structure et la qualité du management.

b) Vers un management systémique à l'hôpital

Le management systémique constitue donc le ciment indispensable à la réussite d'une organisation rationnelle de l'hôpital après la mise en place de la réforme de la « nouvelle gouvernance ». Au-delà du volet de « formation-communication » proposé par le dispositif d'accompagnement des réformes hospitalières, la DDASS peut, en tant que référent dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance », faire partager des solutions de nature à faciliter le management hospitalier en cette période de recomposition interne.

▪ **Accepter la remise en cause des schémas traditionnels**

La remise en cause de la relation d'autorité telle qu'elle était conçue au sein de l'hôpital doit être abandonnée. Par ailleurs, il faut que les directeurs acceptent de laisser parfois le système « s'auto-organiser » et par conséquent qu'ils acceptent l'incertitude d'une instabilité nécessaire à la mise en place de la « nouvelle gouvernance » mais tout de même contenue.

▪ **Fédérer les acteurs autour du projet d'établissement**

La question du sens de l'action est primordiale car c'est elle qui permettra les évolutions et au changement de s'opérer. « *Le sens n'est pas à chercher, il est à créer* »¹⁰⁵. Le projet d'établissement, par son caractère global, son assise sur le projet médical, l'association des instances à son élaboration ou à son suivi, demeure la clé de voûte de l'organisation hospitalière. Il garantit la cohérence des projets de pôle, le lien entre l'établissement et son environnement, sous contrôle de l'ARH. Il constitue un engagement stratégique permettant aux différents acteurs de se représenter leur propre action sur le moyen terme. Il garantit que le premier objectif de l'hôpital est d'assurer la qualité et la sécurité des soins pour l'ensemble de la population et en relation avec les autres acteurs - hospitaliers ou non – présents sur le territoire de santé de la région. A ce titre, le projet d'établissement constitue un outil incontournable d'une définition partagée de la politique d'établissement. Cet outil devrait être utilisé par les directeurs d'hôpital comme un élément de cohésion, un outil de management permettant de fédérer les acteurs autour d'un projet commun.

▪ **Valoriser l'approche stratégique de la fonction de cadre administratif référent**

La structuration en pôles donne un nouveau souffle et un nouveau contenu à l'encadrement dit intermédiaire. Le positionnement de ces cadres à côté des responsables de pôles induit à la fois une nouvelle fonction de régulation et une fonction plus stratégique d'impulsion des orientations médico-soignantes du pôle. Il s'agit d'un autre métier que celui de cadre de proximité, plus intégré aux politiques d'établissement,

¹⁰⁵ Marie-Ange COUDRAY et Richard BARTHES, Le management hospitalier à la croisée des chemins, Gestions hospitalières janvier 2006

au fonctionnement, à la structuration et au suivi des démarches transversales. L'encadrement stratégique est celui qui a le plus de mal aujourd'hui à se positionner dans le nouveau paysage managérial qui se met en place avec de la réforme de mai 2005. La fonction hiérarchique moins pertinente dans une structuration polaire où le centre de décision se déplace, doit sans doute évoluer vers une fonction plus stratégique (impulsion des politiques de soins, renforcement des liens avec le projet médical, création ou développement de réseaux de soins...) et de conseil et de support au pôle (aux managers, responsables de pôles, encadrement...).

3.3 La création des Agences Régionales de Santé : l'espoir d'un pilotage intégré

Nous l'avons souligné précédemment, plus que d'une « stratégie » régionale, le positionnement institutionnel distant de la DDASS semble être le témoin des limites dans la tentative de mise en place un pilotage intégré du système de santé par la création des ARH. Aussi, à l'annonce d'une refondation du pilotage du dispositif hospitalier, on ne peut qu'espérer que soit définies les conditions d'un nouveau pilotage allant jusqu'au bout des exigences « d'intégration » (3.3.1). On comprend dès lors que le renforcement du dispositif d'accompagnement par la DDASS préconisé plus haut devra s'intégrer dans la nouvelle structuration issue de la mise en place des ARS (3.3.2).

3.3.1 Une restructuration du système de santé salubre

La réforme de la « nouvelle gouvernance » impose un bouleversement institutionnel profond pour les EPS. Pour autant, on ne peut se contenter de demander aux autres de faire évoluer les structures et les habitudes sans en donner l'exemple. Face aux limites du système, Denis DEBROSSE affirme que : « *le ministère et l'ARH doivent aussi mettre en place une nouvelle gouvernance* »¹⁰⁶. Cette évolution, imminente et légitime (a), doit néanmoins éviter certains pièges (b).

a) Une évolution imminente et légitime

La création des ARS repose sur un socle législatif issu de la loi du 13 août 2004¹⁰⁷ relative à l'Assurance Maladie. La mission confiée à M RITTER¹⁰⁸ puis l'annonce de M SARKOZY s'inscrivent dans le prolongement de ladite loi et du mouvement actuel d'évolution de la

¹⁰⁶ Bernard BONNICI et Denis DEBROSSE, Nouvelle gouvernance : état des lieux et perspectives, Revue Hospitalière de France n°516, Mai/Juin 2007

¹⁰⁷ Article 67

¹⁰⁸ Garantir l'efficacité de l'organisation territoriale du système de santé par le décloisonnement du parcours de soins du patient et par l'assurance d'une réelle coordination des structures et des outils de pilotage afin d'optimiser l'offre de soins au niveau territorial

conception des politiques publiques. Les attentes croissantes opposées au système de santé ont en effet amené les pouvoirs publics à repenser le dispositif actuel. La création d'une autorité, fédératrice des compétences institutionnelles régionales existantes, interlocuteur unique des professionnels de santé s'est imposée. Cette nouvelle organisation en région doit aboutir à une vraie simplification et à une forte efficacité permettant une meilleure lisibilité de commandement, une clarification des compétences Etat et Assurance Maladie, une simplification et une fongibilité des modes de financement, un rapprochement au sein d'une entité commune des moyens de fonctionnement de l'ARH, de l'URCAM et des services déconcentrés de l'Etat. Ce modèle de « *déconcentration*¹⁰⁹ » fonctionnelle doit donc favoriser une approche du système de santé « *moins hiérarchique, plus réactive et plus animatrice qu'un tutelle classique* »¹¹⁰. La forme juridique qui sera donnée à l'ARS dépend de choix politiques, notamment du rôle et de la future organisation de l'Assurance Maladie. Mais l'efficacité voudrait que l'exécutif de l'ARS dispose d'une véritable capacité décisionnelle et de pouvoirs étendus. Pour autant, cette perspective soulève de multiples obstacles et difficultés. En effet, les régions hésitent aujourd'hui déjà à s'engager dans les GRSP, ce qui peut laisser à penser qu'elles entreraient difficilement dans une structure qui leur demanderait un engagement financier encore plus élevé. Par ailleurs, si le travail en commun entre ARH et URCAM fonctionne bien dans un contexte peu réglementé, on peut se demander si la perspective de voir leur identité « assurance maladie » diluée dans un GIP ne constituerait pas un frein à l'adhésion des URCAM.

b) Les pièges à éviter

Le défi majeur réside dans la capacité de notre pays à maîtriser la croissance structurelle des dépenses de santé tout en assurant l'égalité d'accès aux soins pour toute la population et sur l'ensemble du territoire, la qualité des pratiques et des soins, le développement des politiques de prévention et de santé publique et l'efficacité des dispositifs de veille et de sécurité sanitaires. Pour atteindre cet objectif une refonte de l'organisation et de la gouvernance du système de santé est aujourd'hui indispensable. Une telle réforme doit d'emblée prendre en considération des impératifs qui, au vu du diagnostic porté sur la situation actuelle, apparaissent comme autant de conditions de réussite de toute réforme. L'ARS doit en effet être conçue comme une nouvelle modalité de mise en œuvre au plan régional du dispositif législatif d'août 2004 et non comme une nouvelle organisation administrative venant se superposer à d'autres. Par ailleurs, la

¹⁰⁹ Commissariat général au plan, Novembre 2005, Pour une régionalisation du système de santé en 2025 : essais de prospectives

¹¹⁰ Alain GARCIA, Evolution des politiques régionales : l'agence régionale de santé en perspective, ADSP n° 46, mars 2004

création d'une Agence Nationale de Santé (ANS) apparaît incontournable dès lors que seront mises en place des ARS. En effet, il est tout à fait contre-productif que ces dernières reçoivent des instructions séparées voire différentes des têtes de réseaux nationales. Ainsi, on comprend qu'une unicité de doctrine et de commandement au plan national associée à une répartition et un partage clairs des interventions de chacun, seront une des conditions principales de la réussite de la mise en place des ARS.

3.3.2 Une évolution nécessaire du positionnement des DDASS dans le dispositif hospitalier

Au fil des ans, la situation des services déconcentrés des affaires sanitaires et sociales n'a cessé de se dégrader. Les différentes vagues de décentralisation, la création des ARH, les mesures de rigueur budgétaire ont conduit à un affaiblissement critique et aujourd'hui difficilement réversible du réseau territorial sanitaire et social. Aussi, la mise en place des ARS se traduira nécessairement par une redéfinition du rôle des services déconcentrés. Si l'organisation actuelle des DDASS et DRASS devrait évoluer pour prendre une dimension régionale et interdépartementale (a), la technicité professionnelle du IASS, quant à elle, devrait rester au service d'un système intégré de pilotage (b).

a) Vers une organisation régionale et interdépartementale des services déconcentrés ?

La conception traditionnelle des services territoriaux de l'Etat, fondée sur l'existence d'un niveau régional et d'un niveau départemental sans prééminence hiérarchique ou fonctionnelle reconnue du niveau régional est en train d'évoluer. En témoignage, le décret instaurant une supériorité hiérarchique du Préfet de région sur le Préfet de département. L'échelon régional s'affirme comme niveau pertinent en matière de pilotage, d'observation et de programmation. Dans le secteur sanitaire, la montée en puissance des Comités Techniques Régionaux et Interdépartementaux (CTRI) pourrait préfigurer l'instauration d'une véritable Directions Régionales et Interdépartementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRIASS). Cette organisation s'inscrirait dans la poursuite du mouvement amorcé par la Loi Organique relative aux Lois de Financement (LOLF) qui permet d'organiser et de développer les compétences interdépartementales. Services de l'Etat placés sous l'autorité du préfet de région, en charge des missions relevant directement de l'Etat, du GRSP et de l'ARS, les DRIASS constitueraient une organisation intégrée, regroupant les actuelles DRASS et DDASS d'une même région. Cette unité reposerait sur l'intervention de directions déléguées auprès des Préfets de départements, disposant d'une marge d'autonomie pour la mise en œuvre des politiques dans la logique induite par la LOLF. L'organe de management stratégique de cet ensemble serait le comité technique régional et interdépartemental, formation collégiale qui regroupe autour du

DRIASS, président, les directeurs délégués et le médecin inspecteur régional. Les ressources humaines et de fonctionnement des DRIASS seraient administrées de manière centralisées au niveau régional. Pour autant, leur gestion n'a pas vocation à être concentrée au seul chef-lieu de région. Les personnels de la DRIASS exerceraient leurs fonctions dans leur résidence d'affectation pour le compte de la DRIASS sur son site siège ou celui de la direction déléguée, et peuvent se voir reconnaître des missions dans l'ensemble du territoire régional.

b) Le IASS, une technicité professionnelle au service d'un système intégré de pilotage hospitalier

Quelque soit le devenir des DDASS, intégration dans des DRIASS ou disparition pure et simple, l'IASS restera un professionnel indispensable à la régulation du système de santé. Sa technicité, sa connaissance des hôpitaux et de leurs histoires, font de lui un « outil » au service d'un pilotage intégré du système de santé potentiellement mis en œuvre par les ARS. On comprend dès lors que la position professionnelle des IASS sur le secteur hospitalier est indépendante de la survie de l'ARH ou des DDASS. Qu'il soit sous l'autorité du niveau départemental ou régional, l'IASS exercera ses missions « pour le compte du système de santé » avec pour unique objectif l'adaptation des dispositifs aux besoins de la population. Il ne faut en effet pas oublier que l'utilisateur reste la principale priorité de ce système complexe. La seule exigence pour mener à bien cette ambition est la mise en œuvre d'un véritable système intégré de pilotage hospitalier s'affranchissant des cloisonnements existant encore à l'heure actuelle. Seul l'avenir nous dira si les ARS sont capables de répondre à cette quête d'intégration et d'efficacité.

Conclusion

Dans cette mouvance hospitalière, les incertitudes dans l'organisation du dispositif hospitalier se font écho non seulement de celles de la société toute entière, mais aussi de celle liées à la santé et à la maladie.

Heureusement, Edgar MORIN nous a depuis longtemps appris que l'ordre était parfois « mortifère » et le désordre « régénérateur »¹¹¹. Dans cette période troublante de changement annoncé, la chance est donc donnée, aux hôpitaux et aux organes de contrôle, d'élaborer ensemble de nouveaux modes de relation, moins centrés sur les tensions et plus sur l'attention. « *Entre l'ordre et le désordre règne un moment délicieux* » disait Paul VALÉRY « *où on construit, on se positionne...* » Pourquoi ne pas décider que c'est le moment que nous sommes en train de vivre ?

Les réformes hospitalières sont en marche, sans possible retour en arrière. L'enjeu désormais n'est plus de réformer mais d'intégrer ce nouveau modèle, d'anticiper pour recomposer l'offre de soins. C'est le défi pour les prochaines années. Imparfaite dans sa forme, la « nouvelle gouvernance » n'est pas une norme à appliquer dans une approche légaliste. Elle constitue une définition de nouvelles règles du jeu entre les forces vives de ce que René COUANAU désignait comme « *l'hôpital désenchanté* » et les organes de contrôle. Les « décideurs de l'hôpital » ont aujourd'hui la liberté de faire perdurer ou de rendre caduque la formule. « *Il ne s'agit pas de décrire l'avenir, mais de le permettre.* » disait Antoine de SAINT-EXUPÉRY.

¹¹¹ Edgar Morin, Introduction à la pensée complexe, Editions sociales françaises, 1990

Bibliographie

Textes de références :

- MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé, Journal Officiel, 3 mai 2005 ;
- MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Ordonnance n° 2005-1112 du 1er septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière, Journal Officiel 6 septembre 2005 ;
- MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Décret n° 2005-421 du 4 mai 2005 portant diverses dispositions relatives au fonctionnement des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique, Journal Officiel, 5 mai 2005 ;
- MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Décret n° 2005-444 du 10 mai 2005 relatif à la composition des conseils exécutifs et aux mandats des responsables de pôle d'activité clinique et médico-technique, Journal Officiel 12 mai 2005 ;
- MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Décret n° 2005-767 du 7 juillet 2005 relatif aux conseils d'administration, aux commissions médicales et aux comités techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique, Journal Officiel, 9 juillet 2005 ;
- MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Décret n° 2005-1656 du 26 décembre 2005 relatif aux conseils de pôles d'activité et à la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques des établissements publics de santé et modifiant le code de la santé publique, Journal Officiel, 28 décembre 2005 ;
- MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Décret n° 2006-550 du 15 mai 2006 relatif aux sous-commissions de la commission médicale

d'établissement mentionnées au II de l'article L. 6144-1 du code de la santé publique et modifiant le même code ;

- MINISTERE DE LA SOLIDARITE, DE LA SANTE ET DE LA FAMILLE, Décret n° 2006-550 du 10 janvier 2007 relatif aux critères de saisine de la chambre régionale des comptes en application de l'article L. 6143-3 du code de la santé publique ;
- DIRECTION DE L'HOSPITALISATION ET DE L'OFFRE DE SOINS, Circulaire DHOS/E1 n°61 du 13 février 2004 relative à la mise en place par anticipation de la réforme de la nouvelle gouvernance.

Ouvrages

- CLEMENT Jean-Marie, 2005, Deux ordonnances 2003-2005 : pour une réforme hospitalière, Les Etudes Hospitalières Editions
- PERROT Jean et DE ROODENBEKE Eric, 2005, La contractualisation dans les systèmes de santé. Pour une utilisation efficace et appropriée, Collection « Economie et développement », ISBN
- Gouvernance des établissements publics de santé – Fichier permanent des personnels médicaux – Editions ENSP – 1^{er} novembre 2006

Rapports et études :

- Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, Janvier 2007, Présentation de la réforme de la gouvernance hospitalière
- Synthèse des travaux du collège des directeurs d'administration centrale, 21 décembre 2006 – 16 mai 2007, Enjeux et scénarios d'évolution de l'organisation des ministères chargés des affaires sociales
- Rapport au Président de la République relatif à l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé
- Commissariat général au plan, Novembre 2005, "Pour une régionalisation du système de santé en 2025 – offres régulation et secteurs : essai de prospective"

- MATTEI Jean-François, 2005, Relevé de conclusion sur la réforme de la nouvelle gouvernance
- Anticipation de la « nouvelle gouvernance », Synthèse des entretiens téléphoniques réalisés au 21 juin 2004
- René COUANAU, 19 mars 2003, Assemblée Nationale, Rapport d'information n° 714 sur l'organisation interne de l'hôpital
- Denis DEBROSSE, Docteur Antoine PERRIN, Professeur Guy VALLANCIEN, 2003, Projet HOPITAL 2007, Mission sur « La modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale »

Articles de revue

- AMATO Albino, Vers un management systémique des organisations, Les cahiers de l'actif n° 308/308
- BONICI Bernard et DEBROSSE Denis, Mai-Juin 2007, Nouvelle gouvernance, Etat des lieux et perspectives, Revue hospitalière de France
- CAILLET René et CRIE Dominique, Octobre 2004, Organisation par pôle de l'hôpital public, Réflexions pour l'hôpital 2007, Gestions hospitalières n° 439
- COUDRAY Marie-Ange et BARTHES Richard, Janvier 2006, Le management hospitalier à la croisée des chemins, Gestions hospitalières n°452
- DOMIN Jean Paul, Janvier 2006, La nouvelle gouvernance ou le retour en force de l'hôpital entreprise, Gestions hospitalières n°452
- DEBROSSE Denis, Avril 2007, L'accompagnement des réformes, Hôpital 2007, le dispositif d'accompagnement des réformes, Cahiers hospitaliers n° 233
- ESPER Claudine, Octobre 2004, La nouvelle gouvernance des hôpitaux publics : un texte entre modernité, encadrement et liberté, Gestions hospitalières n° 439
- FAURE Antoine, Octobre 2005, Inquiétudes et espoirs des futurs acteurs de la nouvelle gouvernance hospitalière, Actualités JuriSanté n°51

- JAAFAR Delphine, Octobre 2005, La nouvelle architecture institutionnelle née des ordonnances sur la gouvernance de l'hôpital : de nouveaux pouvoirs ?, Actualités JuriSanté n°51
- JEAN Philippe, Avril 2007, Politique sociale et « nouvelle gouvernance », L'accompagnement des réformes, Cahiers hospitaliers n° 233
- LEFEVRE Patrick, Théories et stratégies du management, Les Cahiers de l'Actif n° 314-317
- MARZOUG Sanaa, Octobre 2005, Le conseil exécutif, nouveau maillon du processus décisionnel dans les établissements publics de santé, Actualité JuriSanté n°51
- SEGADE Jean-Paul, Juin/ Juillet 2004, Qui décide à l'hôpital ? Pour une réflexion sur la nouvelle gouvernance, Gestion hospitalières n°436
- SEGADE Jean-Paul, Avril 2006, Qui décide à l'hôpital ? Pour une réflexion sur la nouvelle gouvernance, Gestion hospitalières n°455
- Thomas TALEC avec la collaboration de Jean Paul SEGADE, Octobre 2006, Qui décide à l'hôpital ?, Gestions hospitalières n°459
- TANGUY Hervé, Octobre 2004, Anticiper, anticiper, il restera toujours quelque chose..., Gestions hospitalières n°439
- RAVELO DE TOVAR Antoine et GUIDT Martine, Janvier 2006, Le pilotage des missions des établissements publics de santé, un nouveau paradigme, Gestions hospitalières n°452
- ROMATET Jean-Jacques, Avril 2007, L'efficacité par le sens : devoirs et plaisirs du dirigeant hospitalier, Cahiers hospitaliers n° 233

Sites Internet

- Ministère de la santé : www.sante.gouv.fr
- Dispositif d'accompagnement des réformes : www.reformes-hospitalieres.com

Liste des annexes

- **Annexe 1** : Descriptif des établissements de santé du département des Pyrénées Atlantiques
- **Annexe 2** : Décision conjointe fixant le nombre de membres du Conseil exécutif
- **Annexe 3** : Décision conjointe relative à la désignation du responsable de pôle
- **Annexe 4** : Grille d'entretien avec un Directeur d'hôpital
- **Annexe 5** : Grille d'entretien avec les agents de la DDASS et/ou les chargés de mission en ARH
- **Annexe 6** : La régulation du système de santé depuis la réforme de 1996

<p style="text-align: center;">Annexe 1 : Descriptif des établissements de santé du département des Pyrénées Atlantiques</p>

▪ **Centre Hospitalier de la Côte Basque**

Le Centre Hospitalier de la Côte Basque, hôpital intercommunal (agglomération Bayonne - St-Jean-de-Luz), constitue un ensemble hospitalier de première importance dans la région Aquitaine.

Sites d'hospitalisation :

- Hôpital St Léon : lits de court séjour, accueil des urgences, psychiatrie infantile, plateau technique ;
- Cam de Prats : services de personnes âgées de l'Arrayade, maison de retraite Bichta Eder, services de psychiatrie adulte ;
- Hôpital St Jean de Luz : médecine et rééducation fonctionnelle, long et moyen séjour à Trialdi, Maison de Retraite Udazkena.

Capacité :

- 481 lits actifs ;
- 300 lits de moyen et long séjour ;
- 109 lits de psychiatrie ;
- 99 places d'hospitalisation partielle (43 places d'hôpital de jour en médecine et spécialités médicales, 56 places en psychiatrie) ;
- 184 lits d'hébergement en maison de retraite.

Personnel :

- 253 agents médicaux dont 89 praticiens à temps plein (en très grande majorité anciens chefs de clinique) et 14 praticiens à temps partiel ;
- 22 assistants généralistes ou spécialistes ;
- 86 attachés et 42 internes.

▪ **Centre Hospitalier de Pau**

Aujourd'hui, l'hôpital avec ses trois centres d'accueil, et ses établissements complémentaires, est implanté sur un espace arboré de 40 hectares, en relation directe avec le centre ville et les principales voies de communication.

Sites d'hospitalisation :

- Hôpital François Mitterrand : services de médecine, chirurgie et obstétrique ;
- Centre Hauterive : services de rééducation fonctionnelle, de réadaptation médicale, de médecine nucléaire, d'alcoologie, des Maladies Infectieuses et Toxicomanies (SAMIT), le Département d'Information Médicale, d'évaluation et de Santé Publique (DIMESP) ;
- Centre Jean Vignalou : activités de médecine gériatrique, de moyen et de long séjour.

Capacité : 762 lits et places dont 521 lits et places de court séjour.

Personnel :

- 70 médecins temps plein ;
- 8 médecins temps partiel ;
- 2 praticiens adjoints contractuels ;
- 14 assistants ;

- 49 internes ;
- 1338 postes ;
- 100 personnes en contrat emploi solidarité ;
- 50 personnes en contrat emploi consolidé ;
- 17 personnes en emploi-jeunes.

▪ **Centre Hospitalier des Pyrénées**

Le centre hospitalier des Pyrénées constitue le seul établissement à vocation exclusivement psychiatrique du département.

Site d'hospitalisation : Centre hospitalier des Pyrénées Pau

Capacité : 640 lits

▪ **Centre Hospitalier d'Orthez**

Sites d'hospitalisation :

- Centre hospitalier d'Orthez ;
- Maison de retraite de la visitation d'Orthez ;
- Maison de retraite de Mourenx.

Capacité :

- 90 lits de médecine ;
- 16 lits de gynéco-obstétrique ;
- 46 lits de moyen séjour ;
- 55 lits de long séjour ;
- 81 places d'hébergement.

▪ **Centre Hospitalier d'Oloron Ste Marie**

Sites d'hospitalisation : Centre hospitalier général

Capacité :

- 65 lits de médecines ;
- 37 lits de chirurgie ;
- 19 lits de moyen séjour,
- 67 lits de long séjour ;
- 100 places d'hébergement.

▪ **Centre de Long Séjour de Pontacq-Nay**

Sites d'hospitalisation :

- Unité de Long Séjour de Pontacq ;
- Maison de retraite de Pontacq ;
- Maison de retraite de Nay.

Capacité :

- 110 lits d'unité de long séjour ;
- 98 lits d'EHPAD.

Annexe 2 : Décision conjointe fixant le nombre de membres du Conseil exécutif

CENTRE HOSPITALIER DE xxx

**Décision conjointe du Directeur
et du Président de la Commission Médicale d'Etablissement**

Du 15 février 2007

**Fixant le nombre de membres du Conseil Exécutif
du Centre Hospitalier de xxx**

Le Directeur du Centre Hospitalier de xxx,

**Le Président de la Commission Médicale d'Etablissement du Centre Hospitalier de
xxx,**

VU le code de la santé publique et notamment les articles L. 6143-6-1 et D. 6143-37,

DECIDENT CONJOINTEMENT :

Article unique :

Le nombre de membres du Conseil Exécutif du Centre Hospitalier est fixé à douze, dont le Directeur et le Président de la Commission Médicale d'Etablissement.

Fait à xxx, le 15 février 2007

Le Président de la CME,

Le Directeur,

DESTINATAIRES :

- Registre des Décisions (au Secrétariat de la Direction).

Annexe 3 : Décision conjointe relative à la désignation du responsable de pôle

CENTRE HOSPITALIER DE xxx

**Décision conjointe du Directeur et du Président de la Commission médicale
du 14 juin 2007**

**Relative à la désignation du responsable du pôle d'activité
"Chirurgies viscérale, vasculaires et Spécialités chirurgicales"**

Le Directeur du Centre Hospitalier de xxx

&

Le Président de la Commission médicale du Centre hospitalier de xxx ;

VU le code de la santé publique, et notamment les articles L. 6146-1 et suivants, R. 6143-38, et R. 6146-1 et suivants ;

VU l'ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 et notamment son article 7 ;

VU le règlement intérieur du Centre hospitalier de Pau, et notamment l'article 313-1 ;

VU l'avis n° 27 (2007) de la Commission médicale en sa séance du 29 mai 2007 ;

VU l'avis n° 10 (2007) du Conseil exécutif en sa séance du 14 juin 2007 ;

DECIDENT conjointement

de désigner M. le Docteur...

en qualité de responsable du pôle d'activité « Chirurgies viscérale, vasculaire et spécialités chirurgicales ».

Fait à xxx, le 14 juin 2007

le Président de la Commission médicale,

Le Directeur,

DESTINATAIRES :

M. le Docteur...

Registre des Décisions (au Secrétariat de la Direction)

Annexe 4 : Grille d'entretien avec un Directeur d'hôpital

Présentation :

Merci de me recevoir.

Elève Inspecteur à l'ENSP, je suis actuellement en stage à la DDASS des Pyrénées Atlantiques. Dans le cadre de ce stage, je réalise un mémoire professionnel sur la « nouvelle gouvernance » dans les établissements du département. Aussi, je souhaiterai vous poser certaines questions relatives à l'application de ce dispositif dans votre établissement.

1. Quel est votre état d'avancement dans la mise en place de la réforme dans votre établissement ?
2. Avez-vous eu des difficultés dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance » ? Lesquelles ?
3. Quels avantages retirez-vous de ce nouveau mode d'organisation ?
4. Quelles limites avez-vous identifiées ? Limites propres au contenu de la réforme ?
Limites propres à votre organisation ?
5. Comment avez-vous dépassé ces limites ?
6. Quel regard portez-vous sur l'intervention de l'ARH et de la DDASS dans la mise en place de la « nouvelle gouvernance » ?

<p style="text-align: center;">Annexe 5 : Grille d'entretien avec les agents de la DDASS ou les chargés de mission en ARH</p>
--

Présentation :

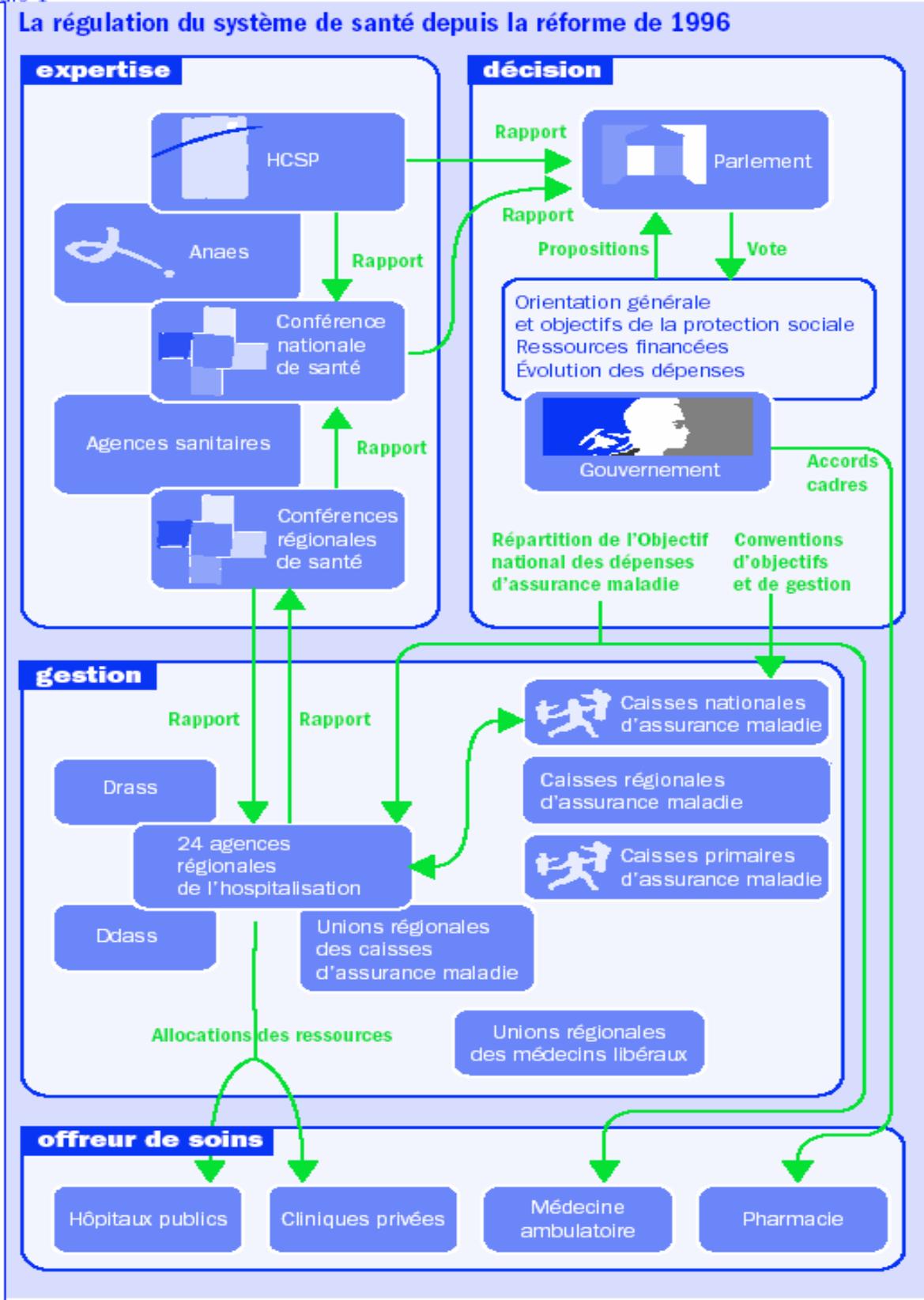
Merci de me recevoir.

Elève Inspecteur à l'ENSP, je suis actuellement en stage à la DDASS des Pyrénées Atlantiques. Dans le cadre de ce stage, je réalise un mémoire professionnel sur la mise en place de la nouvelle gouvernance dans les établissements du département. Aussi, je souhaiterais vous poser certaines questions relatives au positionnement de l'ARH et des DDASS dans ce chantier.

1. Quel est l'état d'avancement de la mise en place de la réforme sur le département ?
2. Quel rôle l'ARH à jouer dans cette entreprise ? Quelle politique et quelle stratégie ont été adoptées ?
3. Quel a été le positionnement des DRASS et des DDASS dans cette organisation ?
4. Quel bilan peut-on tirer du fonctionnement des ARH ?
5. Quel est l'impact des évolutions prévues par le plan hôpital 2007 ?
6. L'évolution des ARH vers les ARS est-elle souhaitable ?

Annexe 6 : La régulation du système de santé depuis la réforme de 1996

Figure 1



Source : BELLANGER M. et JOURDAIN A. Le rôle des ARH dans le cycle décisionnel, ADSP n°37 décembre 2001, p.3