

ENSP

ÉCOLE NATIONALE DE
LA SANTÉ PUBLIQUE

RENNES

MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2001 –

**La contractualisation : un nouveau mode de régulation dans
les établissements de santé, médico-sociaux et sociaux ?**

– thème n° 11 –

Ce rapport de séminaire a été réalisé par un groupe de 10 élèves en formation initiale

Animateurs :

Joël CLEMENT et Jean-Marc LHUILLIER

Sommaire

Introduction.....	3
1 La contractualisation au service de la régulation administrative et financière des établissements.....	6
1.1 Une obligation de régulation contraignante pour les établissements	7
1.1.1 Une liberté encadrée pour les établissements	7
1.1.2 Outil de planification pour les autorités de contrôle.....	9
1.2 Le risque d'une organisation éclatée, facteur de dilution des responsabilités... ..	10
1.2.1 La contractualisation interne, facteur de remaniements.....	10
1.2.2 La contractualisation externe, source de redéfinition des responsabilités.....	10
2 La contractualisation, outil de modernisation et de management au profit de l'utilisateur ?.....	12
2.1 Vers une nouvelle forme de management.....	12
2.1.1 Objectifs attendus de la contractualisation interne.....	12
2.1.2 La contractualisation externe.....	14
2.2 La place de l'utilisateur : alibi ou bénéficiaire ?.....	16
2.2.1 L'utilisateur bénéficiaire de la contractualisation	16
2.2.2 L'utilisateur prétexte de la contractualisation	17
3 Un modèle contractuel à faire évoluer.....	19
3.1 Quels contrats à venir ?	19
3.1.1 Quelle contractualisation entre les usagers, les établissements, les professionnels ?.....	19
3.1.2 Vers une généralisation du contrat de séjour au domaine sanitaire ?.....	20
3.1.3 L'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) : une nouvelle contractualisation interne entre le salarié, le travail et l'institution ?.....	20
3.2 Comment penser l'évolution du rapport contractuel ? Evolution des outils et/ou évolution des mentalités ?	20
3.2.1 Les outils à modifier	20

3.2.2	L'articulation du projet d'établissement et du COM : vers un projet d'établissement comme cahier des charges partiel du COM ?	21
3.2.3	La réforme de la loi du 30 juin 1975	22
3.2.4	Vers la création d'agences régionales de santé ?	23
	Conclusion.....	24
	Annexes.....	25
	Bibliographie.....	36

Introduction

La volonté de modernisation des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux s'inscrit dans le cadre plus général de la réforme de l'Etat impulsée par le gouvernement Rocard¹. Les principaux axes sont : la décentralisation, la contractualisation et la mise en concurrence des services. Il s'agit d'introduire un nouveau mode de régulation. Le développement de la contractualisation vise à substituer à un fonctionnement hiérarchique par voie d'autorité, un fonctionnement par voie d'accord grâce à l'usage du contrat. Une plus grande souplesse doit permettre d'améliorer les résultats de l'action des établissements. Ainsi, de nouveaux mécanismes contractuels ont été successivement mis en place : la contractualisation externe – contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (COM) conclus entre les établissements de santé et les Agences Régionales de l'Hospitalisation² (cf. annexe 6), conventions tripartites pour les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes³ (EHPAD) – et la contractualisation interne - mise en place des centres de responsabilité et des contrats de séjour entre les usagers et les établissements médico-sociaux. Cependant, la multiplication des outils contractuels complique la nécessaire adaptation des différents acteurs, comme le soulignent Gibert et Thonig (1996)⁴.

Avant d'étudier la contractualisation comme nouveau mode de régulation des établissements, il convient de préciser les différentes acceptions de la notion de contrat. Au-delà de sa définition juridique, le contrat rejoint la notion socio-économique de la convention. Cette dernière définit les conditions de régularité pour tout ce qui concerne la véracité et la confiance que les acteurs doivent avoir les uns envers les autres.

Du point de vue juridique, le contrat peut être de droit privé ou de droit public. Il matérialise un accord de volontés issu de la rencontre de personnes juridiques distinctes.

Le contrat de droit privé est fortement encadré par la réglementation en vue de respecter l'égalité des parties. Le Code civil dispose qu'un contrat est une convention par laquelle des personnes s'obligent mutuellement, de leur propre volonté⁵, sur un objet défini et licite. L'équilibre des droits et obligations contractuels doit toujours être recherché et maintenu. Ainsi, une convention légalement formée tient lieu de loi entre les parties à l'acte. Le droit privé s'applique aux contrats de séjour des établissements médico-sociaux, aux COM avec

¹ Citons notamment la circulaire de 1989 sur la modernisation des administrations et le rapport Viveret sur l'évaluation des politiques publiques.

² Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée créant les ARH

³ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance et la modification de la tarification en œuvre dans les EPHAD

⁴ « A regarder le comportement de certaines administrations (...), on reste étonné par le taux extrêmement rapide de consommation de méthodes nouvelles. A la mode des cercles de qualité succède aussi brutalement celle des projets de service, que l'on abandonne tout aussi arbitrairement pour l'adoption des centres de responsabilité. Les réformes de tout poil et de tout genre se télescopent. Plus grave : rarement procède-t-on sérieusement à l'identification de la portée et des limites des nouveaux instruments. Le dernier arrivé offre la panacée », GIBERT P./ ed. *L'action publique*. Paris : L'Harmattan, 1996.

⁵ Le consentement des parties doit être libre et éclairé.

les établissements de santé privés à but lucratif (relevant de la juridiction des tribunaux des affaires de sécurité sociale).

Les contrats de droit public⁶ sont prévus par peu de textes (hormis les marchés publics et les délégations de services publics). La jurisprudence du Conseil d'Etat a défini des critères⁷ permettant d'identifier un contrat administratif et de le différencier du contrat de droit privé :

- L'une des parties doit être une personne publique ou une personne privée mais agissant au nom et pour le compte d'une personne publique⁸.
- L'objet du contrat doit être l'exécution même du service public⁹ (en l'espèce celui de la santé), ou le contrat doit comporter des clauses exorbitantes du droit commun (ces clauses ne se justifient qu'au profit de l'administration) ne pouvant figurer dans un contrat de droit privé car contraire à l'égalité des parties.

Ces déterminants expriment les notions d'autorité et de prérogative de puissance publique, fondements de tous les actes administratifs. En effet, l'administration a en charge la défense de l'intérêt général¹⁰ face aux intérêts particuliers, d'où ses pouvoirs exceptionnels. Mais elle doit respecter les règles dictées par l'intérêt du service public et par la sauvegarde des deniers publics. Ainsi, dans le cahier des charges du contrat, l'administration peut inscrire unilatéralement des clauses exorbitantes, sans possibilité pour son co-contractant d'y déroger. Ces clauses, qui ne sont pas librement discutées lors de l'élaboration du contrat, ont, malgré leur aspect réglementaire, une nature contractuelle car elles sont admises dans le contrat. Les contrats liant l'Agence Régionale de l'Hospitalisation (ARH) aux établissements publics de santé ou aux établissements privés participant au service public hospitalier (PSPH) sont des contrats administratifs.

De même, lors de l'exécution du contrat, pour répondre aux principes de continuité et de mutabilité¹¹ du service public, l'administration peut user de prérogatives de puissance publique, telles que le pouvoir de modification et de résiliation unilatérales, afin de sanctionner la mauvaise exécution ou l'inexécution du contrat. En cas d'imprévision, c'est-à-dire lorsqu'un événement indépendant de la volonté des parties trouble l'économie du contrat, l'exécution de celui-ci restant possible (différence avec la force majeure), l'administration peut aussi légitimement modifier voire résilier unilatéralement le contrat tout en offrant des garanties au co-contractant dans le respect de ses droits.

⁶ Cf. MESCHERIAKOFF A. *Droit des services publics*. PARIS: PUF,1991.

⁷ Cf DE LAUBADERE A. *Traité de droit administratif*. PARIS :Librairie générale de droit et de jurisprudence,1990.

⁸ TC, 8 juillet 1963, *Société Entreprise Peyrot*, rec 767. GAJA 11ème édition Dalloz 1996.

⁹ CE, 20 avril 1956, *Epoux Bertin et ministre de l'agriculture*. rec 167 et 168 .GAJA 11 ème édition Dalloz 1996.

¹⁰ On notera au passage que le concept de l' état général est une spécificité du droit français.

¹¹ La mutabilité signifie que le régime des services publics doit être adapté à l'évolution des besoins collectifs et aux exigences de l'intérêt général Elle impose qu'il n'y ait pas d'obstacles juridiques, résultant notamment des droits acquis ou d'engagements contractuels, aux mutations à réaliser.

Du point de vue socio-économique, la théorie des conventions (cf. annexe 6) explore l'influence des comportements non marchands ou non rationnels sur l'économie d'un système, et les aménagements possibles. Une règle de convention est un système qui produit et qui diffuse de l'information aux acteurs susceptibles de l'adopter. Une convention est assimilable à un message admis par tous. Par exemple, le COM est l'outil central (annexe 7) d'application des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS) de deuxième génération. Le rôle de l'autorité de contrôle est alors de planifier le non négociable (la conformité au SROS du projet d'établissement) autour d'un outil négociable qui est le COM. Ainsi, au-delà du modèle « néoclassique » fondé sur l'optimisation de l'efficacité - la qualité au moindre coût s'opérant grâce à la rationalité des agents et à la régulation du marché - le modèle « hôpital » fonctionne selon un système bureaucratique¹². Il induit une perte de ressources et d'énergie dans la recherche d'information, ainsi qu'une marge d'incertitude élevée dans la prise de décision.

L'agence¹³ s'impose alors comme lieu de transfert des informations, lieu de négociation et de compromis entre les acteurs. Elle devient responsable de la régulation et doit réduire l'incertitude liée aux intérêts divergents des acteurs. En pratique, l'application du modèle « contractuel » aux établissements sanitaires et sociaux limite parfois les espaces de liberté, même si les conventions trouvent leur légitimité dans les intérêts réciproques des co-contractants. Il faut poser comme principe qu'une convention nécessite une connaissance commune ou un système de légitimité identique entre les acteurs. La convention s'apparente alors au contrat social qui lie les parties appelées à vivre ensemble. Néanmoins une règle hétéronome¹⁴ (par exemple l'accréditation) imposée par les pouvoirs publics peut faire l'objet d'une appropriation par les acteurs. On aboutit *in fine* à trois approches différentes de la convention par les acteurs : un apprentissage conditionné par des facteurs de contingence (comme les contraintes économiques)¹⁵, un apprentissage culturel qui modèle le comportement des acteurs et transfère le lieu de négociation¹⁶, un apprentissage collectif permettant de nouvelles relations de pouvoir¹⁷. Dans une approche socio-économique, on distingue deux modes de régulation : la régulation « gestionnaire », administrative et financière, et la régulation managériale. La régulation gestionnaire répond à un besoin de la population illimité et non rationnel, et donne à l'autorité de contrôle un rôle d'assureur¹⁸. La

¹² La bureaucratie est caractérisée par la discrétion managériale, par une restriction des droits de propriété et par une asymétrie d'information élevée majorant les zones d'incertitude décisionnelle.

¹³ La théorie de l'agence de Jensen Menckling définit la relation d'agence comme un contrat dans lequel une ou plusieurs personnes ont recours à d'autres personnes pour accomplir une tâche en leur nom., ce qui implique une délégation de nature décisionnelle à l'agent.

¹⁴ On appelle règle hétéronome une règle externe, imposée aux acteurs. Par exemple le PMSI et l'accréditation sont des règles hétéronomes. Par contre la qualité des soins est une valeur interne forte chez les acteurs du monde hospitalier.

¹⁵ MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Organisation, 1982.

¹⁶ SAINSAULIEU R. *Sociologie de l'entreprise - Organisation, culture et développement*. Paris : Presse de science politique et Dalloz, 1997.

¹⁷ CROZIER M. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil, 1977.

¹⁸ Le SROS est une rationalisation de l'offre par une planification réglementée des besoins et une mise en concurrence des établissements par l'usage du point ISA (situation de quasi concurrence).

régulation managériale place le financeur en position d'autorité hiérarchique et l'établissement en position de co-contractant. Dans les établissements, l'intérêt de la contractualisation repose sur la motivation et la responsabilisation des acteurs. Au regard des modifications des comportements et des savoirs induits, la contractualisation "donne du sens à l'action"¹⁹ et impulse une nouvelle façon de travailler.

Ainsi, notre travail tentera d'analyser la contractualisation comme un nouveau mode de régulation gestionnaire et managériale des établissements du champ sanitaire et social. Elle essaiera d'intégrer la double dimension juridique et socio-économique du contrat. Le contrat donne une marge d'autonomie aux établissements tout en constituant un outil de régulation. Il concerne tant les établissements que les usagers par les contrats de soins ou de séjour. A travers cette dialectique autonomie - régulation, le paradoxe du contrat paraît évident.

Nous étudierons d'abord la contractualisation comme outil de régulation administrative et financière des établissements (I). Ensuite, le contrat peut être analysé comme facteur de modernisation et de management (II). Enfin au-delà de l'usage actuel des textes en vigueur, nous esquisserons des perspectives d'évolution de la contractualisation (III).

1 LA CONTRACTUALISATION AU SERVICE DE LA REGULATION ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE DES ETABLISSEMENTS

La réglementation²⁰ instaure la contractualisation externe comme nouveau mode de relation entre les établissements de santé ou les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) et leurs autorités de contrôle – ARH, Conseil général et Etat. L'extension de la contractualisation au reste du secteur social et médico-social est prévue par la réforme de la loi du 30 juin 1975. Les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (COM)²¹ déterminent pour 3 à 5 ans les objectifs des établissements de santé et les engagements financiers de l'ARH pour leur mise en œuvre. Les conventions tripartites²² fixent pour 5 ans un cahier des charges d'amélioration de la qualité pour les EHPAD. Elles sont accompagnées par la mise en place d'une nouvelle tarification caractérisée par une troisième section, la section dépendance, qui s'ajoute à celles de l'hébergement et des soins.

¹⁹ Entretien avec M.Ségade

²⁰ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance.

²¹ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, reprenant des dispositions de la loi n°91-748 portant réforme de l'hospitalisation du 31 juillet 1991.

²² Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance.

1.1 Une obligation de régulation contraignante pour les établissements

La contractualisation vise, en principe, à dégager des marges de manœuvre pour les différents acteurs et à accroître leur autonomie afin de mieux réguler le système. En réalité, la liberté ouverte par la contractualisation reste encadrée, ce qui permet à l'inverse aux autorités de contrôle d'utiliser ces contrats comme de nouveaux outils de régulation administrative et financière.

1.1.1 Une liberté encadrée pour les établissements

La contractualisation externe tend en pratique à encadrer davantage la liberté d'action des établissements²³. La régulation ne passe pas par une autonomie renforcée des acteurs, malgré les marges de négociation pour les établissements et l'intérêt d'un engagement financier pluriannuel de la part de l'autorité de contrôle.

Il convient de préciser que d'autres formes de contractualisation relatives à la coopération interhospitalière – les conventions de coopération, les groupements d'intérêt public, les groupements d'intérêt économique, les groupements de coopération sanitaire et certains réseaux de soins - laissent, eux, une grande latitude aux établissements. Ceux-ci disposent en général, sauf mesures contraignantes de l'ARH, de la liberté de contracter et déterminent l'objet de la convention. Il en est de même pour les contrats de ville (exemples du centre hospitalier de Seclin ou de l'hôpital du Vinatier à Lyon).

La contractualisation avec la puissance publique induit une relation déséquilibrée qui tend à limiter l'autonomie des établissements, ce que confirme la majorité des intervenants rencontrés. Les autorités de contrôle disposent en effet du pouvoir d'autorisation des activités et des équipements et d'un pouvoir budgétaire sur les établissements. Si nous étudions quelques contrats avec la puissance publique, la forme et le contenu de la négociation des contrats sont très encadrés. Pour les EHPAD, l'article 23-I de la loi du 24 janvier 1997 rend obligatoire la conclusion d'une convention pluriannuelle. Mais même lorsque la négociation n'est pas imposée par les textes, elle l'est de fait par les contraintes existantes. Ainsi un établissement de santé peut refuser de conclure un COM, mais la possibilité pour le directeur de l'ARH d'en tenir compte dans l'exercice de ses compétences budgétaires rend la signature du COM souhaitable pour l'établissement.

Pour les COM des établissements de santé sous dotation globale, l'encadrement du contenu de la négociation et des contrats limite également la portée des opportunités ouvertes par la

²³ Supiot A., *Le Monde*, Mars 2001

relation contractuelle. Les textes²⁴ fixent un certain nombre de clauses obligatoires²⁵. Comme le précise la trame pour la rédaction des COM réalisée par l'ARH de Bretagne, les orientations stratégiques sont déclinées en quelques objectifs thématiques choisis parmi les objectifs du projet d'établissement. Enfin, la négociation est fortement encadrée par les limites des enveloppes régionales.

Les COM des établissements privés non soumis à la dotation globale restreignent davantage encore les marges de négociation, y compris pour l'ARH. Ils doivent être conformes au contrat-type²⁶ annexé au contrat tripartite national quinquennal régissant les relations entre l'Etat, l'assurance maladie et les établissements privés. Les COM des établissements privés sont une simple déclinaison de la contractualisation nationale. Les marges de manœuvre de la négociation concernent surtout les actions de coopération et de restructuration que peut engager l'établissement. Certaines ARH tentent aussi de définir des annexes types (annexe qualité et sécurité des soins en Bretagne).

Mais ces contraintes ne suppriment pas toutes les libertés. Pour les COM les marges de négociation existent en pratique, la négociation des contrats intervenant dans un ensemble de relations plus large entre les établissements et leurs autorités de contrôle. La rédaction détaillée des clauses obligatoires offre des opportunités aux établissements, par exemple en matière de restructuration interne, bien que les engagements déclinés soient contraignants. Tel est le cas des annexes techniques du contrat pluriannuel 1996-2000 du CHU d'Angers (conclu en application de la loi du 31 juillet 1991). En outre, les établissements bénéficient grâce au contrat d'un engagement financier non négligeable²⁷. De même, la signature d'une convention assure aux EHPAD un renforcement du financement des soins et une nouvelle dotation par le biais de la création de la section dépendance.

En ce qui concerne les EHPAD, un cahier des charges issu de l'arrêté du 26 avril 1999 détaille une série de recommandations propres à améliorer la qualité des prestations et leur évaluation, ainsi qu'un niveau de qualité à atteindre. Même s'il ne s'agit que de recommandations et non de normes techniques obligatoires, l'établissement ne dispose d'aucune marge de manœuvre.

La contractualisation apparaît ainsi non pas comme un mode de régulation utilisant une autonomie accrue des établissements, mais comme un nouvel outil de planification et de régulation offert aux autorités de contrôle.

²⁴ Articles L710-16 et L710-16.1 du Code de la santé publique, complétés par la circulaire DH/EO/97 du 13 janvier 1997.

²⁵ Le COM doit ainsi faire figurer les orientations stratégiques de l'établissement, les objectifs d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, la mise en œuvre des orientations de la conférence régionale de santé, le délai de mise en œuvre de l'accréditation, les actions de coopération envisagées (notamment les communautés d'établissements et les réseaux de soins), les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines (notamment, précise la circulaire de 1997, les modalités d'ajustement des effectifs).

²⁶ Le contrat type détermine les conditions générales d'hospitalisation et d'admission des malades, les tarifs de prestations, les sanctions en cas d'inexécution. Le COM doit préciser en particulier l'évolution des tarifs de prestations, les objectifs de qualité et de sécurité, les actions de coopération et la mise en œuvre des actions régionales de santé.

²⁷ En Bretagne, les établissements bénéficient en moyenne d'1% de leur base budgétaire dans le COM (entretien avec Mme Le Bot).

1.1.2 Outil de planification pour les autorités de contrôle

Tout en n'ouvrant que peu de liberté, la contractualisation externe permet aux autorités de contrôle de situer plus finement les établissements dans leur mission de planification. L'intérêt pour les autorités de contrôle²⁸ est de disposer d'une meilleure lisibilité et d'une planification réellement prospective en matière d'organisation des soins.

Le lien entre contractualisation et planification est manifeste dans le cas des COM des établissements de santé sous dotation globale. La circulaire du 13 janvier 1997 indique que les COM accompagnent les ajustements budgétaires entre régions et entre établissements, et que les orientations stratégiques contenues dans les COM doivent permettre la poursuite de la politique de restructuration. Ces contrats sont encadrés surtout par le SROS. En effet, le COM est assis sur les orientations dégagées par le projet médical et le projet d'établissement, lui-même approuvé par le directeur de l'ARH à la condition nécessaire de conformité avec les objectifs du SROS : le COM ne peut aller au-delà des orientations de ce dernier. Cependant, la circulaire de 1997 précise qu'un protocole d'accord peut être conclu si le projet d'établissement n'est pas approuvé (cas du CH de Saint-Nazaire), notamment si l'ARH considère celui-ci comme la somme de projets de services.

Il s'agit d'articuler deux niveaux de planification, le niveau régional – le SROS – et le niveau local – le projet d'établissement, en s'appuyant sur les données du PMSI transmises aux autorités de contrôle. Compromis entre la politique hospitalière générale et les intérêts subjectifs, le COM vise à rationaliser l'offre de soins tout en réalisant des objectifs financiers. La contractualisation constitue bien en ce sens un nouvel outil de régulation administrative et financière.

De la même nature que les COM signés entre le directeur de l'ARH et les établissements de santé, les conventions tripartites des EHPAD ont pour objectif de définir les conditions de fonctionnement des établissements tant au plan financier (passage de la tarification binaire à la tarification ternaire), qu'au plan de la qualité de la prise en charge. En ce sens, les conventions, c'est à dire la mise en place d'une démarche et d'une évaluation formalisées, constituent de véritables outils au service des différents schémas d'organisation sociale et médico-sociale.

En revanche, les COM conclus par les établissements non soumis à la dotation globale contribuent à déterminer l'évolution des ressources des établissements, à travers les tarifs de prestations. Mais leur encadrement - contractualisation nationale et contrat-type - laisse peu de latitude aux ARH pour faire de ces COM de véritables instruments de réorganisation de l'offre de soins, hormis par le biais des coopérations.

²⁸ Entretien avec Mme Le Bot.

Paradoxalement, malgré cet usage de la contractualisation par les autorités de contrôle, les éléments de souplesse inhérents à la nature du contrat peuvent à terme rendre plus confus le partage des compétences et des responsabilités.

1.2 Le risque d'une organisation éclatée, facteur de dilution des responsabilités

1.2.1 La contractualisation interne, facteur d'éclatement

La mise en place de la contractualisation interne sous la forme des Centres de Responsabilité²⁹ (CR) prévue par l'ordonnance de 1996 est accusée de favoriser la « balkanisation » et la dilution des responsabilités. Les CR induisent des délégations de gestion sans décharger le directeur de sa responsabilité. Dans le cas du CHU de Nantes, les acteurs estiment que l'évolution vers une « balkanisation » reste un risque majeur sous l'influence de deux éléments : une tendance à la division qui guette les grands pôles médicaux et chirurgicaux, tentés de négocier directement avec l'ARH, et le mode de contrôle de la direction générale. A cet égard, il peut être difficile de coordonner tous les objectifs du CHU. Certains acteurs souhaitent une décentralisation et refusent de souscrire à une simple déconcentration. Ailleurs, le discours qui prévaut souligne que les contraintes imposées aux CR sont sans commune mesure avec les marges de manœuvre obtenues. La nouvelle relation instaurée par la contractualisation n'est alors pas jugée gagnante par les opérateurs. Toutefois, les CR ne peuvent être constitués en centres de coûts. Par exemple, l'hôpital Saint-Philibert de Lille a mis en place un CR avec prévision d'une modélisation budgétaire en fonction de la production de points ISA. Les CR ont augmenté de 10 % leur production de points ISA. L'autorité de contrôle n'a pas augmenté la dotation à hauteur de l'augmentation d'activité. La direction de l'hôpital n'a pu abonder les crédits à hauteur des engagements pris.

1.2.2 La contractualisation externe, source de redéfinition des responsabilités

L'extension de la contractualisation comme mode de relation entre les établissements et les autorités de contrôle pourrait rendre plus complexe le partage des responsabilités. D'un point de vue juridique, les responsabilités ne sont pas toujours clarifiées, ce qui réduit l'efficacité de la régulation souhaitée en atténuant la responsabilisation des acteurs. Le suivi des

²⁹ Article 9 de l'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996, sur la délégation de gestion des directeurs aux praticiens hospitaliers responsables. A noter qu'un décret de 1984 prévoyait déjà la possibilité de CR et que la loi n°91-748 du 31 juillet 1991 ouvrait déjà la voie à des fédérations regroupant plusieurs services.

contrats doit cependant permettre de vérifier le respect des engagements de manière précise.

Le fait de réguler par contrat ouvre à l'établissement des procédures de recours en dédommagement contractuel en cas de violation du contrat par l'autre partie. Les contrats (COM et conventions tripartites) peuvent être facteurs de dilution des responsabilités si les sanctions à l'inexécution des engagements n'existent pas. Or les sanctions, dans le cas des COM, sont déséquilibrées. L'ARH peut sanctionner financièrement un établissement sous dotation globale en cas d'inexécution des clauses du COM. Le COM du CH de Seclin prévoit ainsi la possibilité d'une révision du budget par l'ARH, mais également la suspension éventuelle des autorisations d'équipements et la suspension des créations de postes médicaux et paramédicaux. La sanction de l'inexécution d'une convention tripartite interviendra à son renouvellement. En revanche, la possibilité de sanctionner l'inexécution du COM par un établissement non soumis à dotation globale reste plus indirecte : des pénalités financières peuvent être inscrites au niveau national, dans le contrat national tripartite. Cela limite la responsabilisation des établissements et par-là même la portée du COM. Dans l'hypothèse inverse, au cas où l'ARH ne tiendrait pas ses engagements, le droit à réparation de l'établissement n'est pas assuré, puisque pour le Conseil d'Etat³⁰ un engagement financier pluriannuel n'a pas de valeur juridique³¹. On peut supposer que cela s'applique aussi au cas de violation d'une convention tripartite par les autorités de contrôle.

Une possibilité de confusion provient du décalage entre les engagements pluriannuels des contrats et l'évolution des normes et de l'environnement budgétaire³². Face à l'annualité des lois de financement de la sécurité sociale (LFSS), les ARH introduisent dans les contrats des clauses de réserve : la tenue des engagements de l'ARH de Bretagne est par exemple liée à l'évolution de l'ONDAM. La même question se pose dans le secteur médico-social. Pour les conventions tripartites des EHPAD, des avenants pourront prendre en compte les éventuels ajustements tarifaires.

Cependant, au-delà de ces risques potentiels d'inexécution, le bilan du premier contrat pluriannuel du CHU d'Angers montre que les engagements, notamment les engagements financiers de l'autorité de contrôle, sont parfaitement respectés. Les conflits juridiques portant sur le respect des engagements ne sont donc pas nécessairement à craindre : l'existence des COM fait pour l'instant naître peu de contentieux³³. En outre, la régulation attendue de la contractualisation externe peut être favorisée par les procédures de suivi des contrats. Certes, les conventions tripartites des EHPAD n'ont pas l'obligation de prévoir une

³⁰ Décision du 25 octobre 1996 *Association Estuaire Ecologie* concernant les contrats de plan Etat-régions

³¹ A l'inverse une décision du Conseil d'Etat de 1992 *Commune d'Ivry-sur-Seine* précise qu'un contrat entre deux personnes publiques portant sur l'organisation du service public fait loi entre les parties.

³² M. Vinet et Mme Le Bot ont souligné le paradoxe entre le principe d'annualité budgétaire et la pluriannualité des contrats.

³³ cf. entretien avec M. Pereira.

procédure de suivi annuel : seul un bilan doit être établi lors du renouvellement de la convention. Pour les COM, en revanche, l'exécution des engagements est suivie dans tous les cas par un contrôle annuel du comité de suivi. Ce contrôle peut être très précis et doit permettre une responsabilisation des co-contractants. Ainsi, le suivi d'un COM de clinique étudié est conduit annuellement à travers des indicateurs quantifiés. Pour un des COM d'établissements publics analysés, ces indicateurs sont multiples et donc contraignants. Des justifications doivent être produites en cas de non réalisation des engagements. La tenue des engagements financiers de l'ARH est également évoquée.

La contractualisation, outil de régulation administrative et financière, comporte ainsi des risques de dilution des responsabilités. Elle trouve donc davantage de force comme outil de management et de modernisation des relations entre les autorités de contrôle, les établissements, les usagers.

2 LA CONTRACTUALISATION, OUTIL DE MODERNISATION ET DE MANAGEMENT AU PROFIT DE L'USAGER ?

2.1 Vers une nouvelle forme de management

2.1.1 Objectifs attendus de la contractualisation interne

La contractualisation interne est plus ou moins développée selon les champs d'intervention. Dans le secteur social et médico-social, elle est encore inexistante. Elle semble peu pertinente du fait de la taille des établissements (« masse critique ») qui permet déjà un management de proximité, ce qui est vrai également pour les petits établissements de santé³⁴. Actuellement ce secteur est essentiellement concerné par une contractualisation sous forme de coopérations (réseaux de gérontologie, conventions avec des établissements publics de santé).

La contractualisation interne à l'hôpital revêt de multiples aspects. Introduite par décret dès 1984, citée par la loi hospitalière du 31 juillet 1991, cette notion est développée dans l'ordonnance du 24 avril 1996, dont nous retiendrons surtout la création des centres de responsabilité même s'ils soulèvent certaines interrogations. Au-delà des objectifs des organismes de contrôle et des avantages escomptés, l'établissement doit faire face à des

³⁴ Cf. entretien avec M. Bellay.

contraintes inhérentes à la mise en œuvre de ce « nouveau » type de contrat. La volonté de contractualiser au sein d'un établissement doit répondre aux orientations suivantes :

- Permettre à certains secteurs d'activité d'avoir une marge d'autonomie plus importante dans la gestion de leur(s) service(s).
- Favoriser au sein de la structure le rapprochement de secteurs d'activité correspondant, tout en redéfinissant les rôles et les responsabilités des acteurs décisionnaires.
- Impliquer davantage le personnel dans les choix et la prise de décisions.

La mise en application des centres de responsabilité (CR) n'est pertinente que dans la mesure où un gain d'activité et un intérêt financier pour l'établissement se dégagent, comme par la création d'une fédération d'imagerie médicale. On peut parler dès lors de masse critique. Les domaines de la contractualisation sont essentiellement la délégation de gestion³⁵ et les marges de manœuvre qu'elle ouvre, à travers la gestion de manière autonome de moyens financiers, matériels, et humains directement par les services. Il en ressort des décisions beaucoup plus ciblées sur les réalités de terrain, ayant l'avantage de mobiliser les compétences de chacun. La volonté de création d'un contrat interne peut émaner des services, des médecins ou des membres de l'équipe de direction après avis de la CME et du CTE. Une grande liberté doit être laissée aux établissements pour ce qui est de l'initiative de création de centres de responsabilité. Il ne faut en aucun cas forcer le découpage de la structure en "pôle d'activité".

La contractualisation nécessite une refonte du système d'information et l'application de la comptabilité analytique. Cela a pour effet immédiat de favoriser la communication interne par décloisonnement des logiques médicales, administratives et soignantes et des cultures de service. Une redéfinition des organigrammes ainsi que des fiches de poste doit aussi être envisagée, afin d'éviter la « dilution » des responsabilités au sein même du CR et de l'établissement. La démarche conduite dans un souci de transparence permet une meilleure lisibilité des tableaux de bord et une transversalité accrue entre les différents acteurs du CR. Les structures d'accompagnement et de suivi du contrat doivent être d'une part un soutien logistique au projet, et d'autre part le moyen d'exercer le contrôle, corollaire de toute délégation. A ce titre, le directeur a toujours un droit de regard sur les décisions prises par le centre de responsabilité. Il peut en conséquence intervenir directement, après avis d'une commission *ad hoc* en cas de non-respect de la délégation initialement prévue. La délégation de gestion n'est pas toujours accompagnée de la délégation de signature, notion déjà largement connue des acteurs de santé. On peut toutefois considérer qu'un transfert du pouvoir d'ordonnateur s'opère du directeur vers le coordonnateur du centre de responsabilité.

La notion d'intéressement³⁶ est un élément indiscutable de motivation.. Cette notion ne peut être envisagée que de façon collective, la démarche de contractualisation concernant un CR, une fédération ou même un service. L'association de l'« outil » contrat interne et d'une stratégie de mise en œuvre permet de créer un véritable effet de levier pour des projets de restructuration.

Les contrats internes sont une déclinaison du projet d'établissement, leur durée est donc fixée à cinq ans. On peut aujourd'hui avoir une vision de leur application. On constate une familiarisation des équipes avec cette démarche. L'intégration de la stratégie de l'établissement est une constante, qui n'est pas sans rappeler les apports de la contractualisation externe. Toutefois, le regard de l'ARH sur la contractualisation interne demeure difficilement appréciable. Les difficultés de mise en œuvre sont essentiellement d'ordre culturel. Une mise en commun des pratiques au service du malade et une analyse précise des besoins en formation sont nécessaires. Il est parfois délicat de mener de front des actions visant à modifier l'organisation interne tout en développant l'ouverture de l'hôpital sur l'extérieur. La contractualisation revêt cependant de multiples avantages, notamment l'optimisation de l'existant par la mobilisation des acteurs. La modernité de la contractualisation interne va résider en définitive dans la complémentarité relative des notions de « gestion » et de « médecin ». Le directeur peut confier officiellement des tâches de gestionnaire au représentant du corps médical placé à la tête du centre de responsabilité. Il est à noter que la contractualisation externe a un effet d'entraînement sur la contractualisation interne.

La contractualisation interne dans le secteur privé a un positionnement bipolaire. Elle est en étroite relation d'une part avec le principe d'autorisation, d'autre part avec la qualité redéfinie par le principe d'accréditation. La pertinence de l'élaboration de contrats internes dans le secteur privé est discutable. En effet, le secteur à but lucratif a par définition la volonté d'améliorer sa productivité pour augmenter son profit. Il n'y a pas de possibilité d'engagement financier de l'ARH.

2.1.2 La contractualisation externe

La circulaire du 22 janvier 1997 relative aux COM précise que la contractualisation externe doit s'appuyer en premier lieu sur un diagnostic interne en relation avec les dispositions du SROS. Ce préalable sous-tend l'itération constante et dynamique qui existera à terme entre contractualisation externe et contractualisation interne.

³⁵ HARDY J. Le contrat dans la réforme hospitalière du 24 Avril 1996. *Revue de droit sanitaire et social.*, Novembre 1997, n°11, pp. 949-960.

2.1.2.1 Outil de gestion pour les établissements

La contractualisation externe est un véritable outil de gestion pour l'établissement. En effet, le contrat est un support technique permettant un redéploiement important des activités et des services³⁷. De la même façon, dans les EHPAD, avec l'évolution de la prise en charge de la dépendance, le contrat participe à la qualification des agents à travers la formation. Il rend lisible pour l'ensemble des acteurs les actions prioritaires émanant du projet d'établissement. Il permet à certains établissements d'asseoir leur position en leur garantissant la continuité des services qu'ils assurent. Ainsi, l'intérêt principal du COM pour la clinique de la Sagesse (Rennes) réside dans la pérennisation pendant cinq ans du service des urgences et de la maternité³⁸. Le principe de base consiste en une négociation qui conduit à mobiliser les co-contractants autour d'un même projet aux limites clarifiées. A ce titre les étapes pré-contractuelles d'audit interne ou externe doivent être menées dans la concertation la plus large possible. Dans les établissements médico-sociaux notamment, les représentants des usagers sont associés à l'auto-évaluation initiale. L'insuffisante prise en compte de l'opinion des acteurs lors d'un audit externe peut être préjudiciable à l'appropriation du projet³⁹.

2.1.2.2 Outil de management pour les autorités de contrôle

L'autonomie reconnue aux hôpitaux ainsi qu'au secteur privé, social et médico-social, se concrétise sous la forme de contrats d'objectifs et de moyens et de conventions tripartites. Elle implique une démarche identique pour les différents secteurs avec un auto-diagnostic, un projet d'établissement ou une révision de l'organisation de la structure, et le contrat proprement dit.

Les autorités de contrôle entendent responsabiliser les établissements publics et privés en s'appuyant sur trois orientations :

- Favoriser l'élaboration d'un projet d'établissement mobilisateur et réaliste intégrant les complémentarités entre les structures publiques et privées.
- Définir les conditions de prise en compte des priorités, déterminer les moyens nécessaires par redéploiement interne et grâce à un accompagnement financier spécifique.
- Veiller à une allocation de moyens équitables fondée sur la réduction des inégalités et la recherche d'une plus grande autonomie. Dans le secteur des personnes âgées, la

³⁶ Loi n°91-748 du 31 juillet 1991.

³⁷ Cf. entretien avec M. Ségade.

³⁸ Cf. entretien avec M. Bellay.

³⁹ Cf. entretien avec M. Pioche.

création d'une section dépendance⁴⁰ permet à terme de financer les établissements non plus selon leur statut juridique mais au regard de la population hébergée. Les disparités départementales vécues lors de l'instauration de la prestation spécifique dépendance devraient disparaître.

L'ARH doit maintenant s'attacher à évaluer les politiques mises en œuvre Une évaluation annuelle suivant un calendrier précis est exigée, le déblocage de la tranche annuelle étant effectué sous réserve de l'atteinte des objectifs fixés⁴¹. Le contrôle est la contrepartie de la décentralisation, il en va de la responsabilisation des acteurs et de l'engagement des gestionnaires vis-à-vis des assurés sociaux. La capacité managériale du directeur de l'ARH est décisive dans la mise en œuvre de la contractualisation. Les écarts entre les régions en témoignent. La généralisation des contrats dans le Nord-Pas-de-Calais et en Pays-de-Loire et la difficulté en Bretagne paraissent liées notamment aux stratégies développées par le directeur de l'agence. Par ailleurs, les enjeux politiques aux niveaux national et régional ne sont pas sans influencer sur les choix des agences. L'apparition du Conseil Régional de Santé⁴² risque de ne pas simplifier la donne.

2.2 La place de l'utilisateur : alibi ou bénéficiaire ?

L'utilisateur est toujours la finalité de la contractualisation, mais il est dans certains cas directement contractant. Le patient d'un établissement de santé privé est engagé dans une relation contractuelle avec le médecin et l'établissement à travers le contrat de soins et le contrat d'hospitalisation. Le contrat de séjour liant le résident à l'EHPAD comporte des spécificités.

2.2.1 L'utilisateur bénéficiaire de la contractualisation

La volonté de faire participer l'utilisateur aux décisions concernant sa prise en charge (conseil d'établissement⁴³, projets de vie, contrat de séjour...) est un leitmotiv du secteur médico-social. Contrairement au secteur sanitaire, les personnes prennent à leur charge la plus grande partie des dépenses et elles acceptent de moins en moins que le service rendu ne soit pas à la hauteur des tarifs demandés. L'utilisateur pose aux établissements des demandes nouvelles en termes de certitude de résultat, de compétence, de sécurité, d'accès à l'information (livret d'accueil, accès au dossier médical), de lien social et de moyens pour les satisfaire. Dans le cadre la contractualisation, l'élément important est la formalisation systématique d'une démarche d'amélioration de la qualité accompagnée d'une évaluation.

⁴⁰ Décret n°99-316 du 26 avril 1999.

⁴¹ cf. entretien avec M Pereira.

⁴² cf. projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁴³ Décret n°91-1415 du 31 décembre 1991 relatif aux conseils d'établissement des institutions sociales et médico-sociales.

Les exigences de qualité reposent sur différents facteurs : les conditions de vie, la qualité des relations avec la famille et les amis, la qualité des personnels et l'inscription de l'établissement dans un système de soins coordonné. Ainsi, la qualité est au centre des conventions tripartites, d'une part pour pallier l'insuffisante adaptation des EHPAD (notamment en matière de dépendance), et d'autre part pour en faire des véritables lieux de vie. A titre individuel, l'utilisateur est assuré de la garantie d'un service de qualité à travers le contrat de séjour qu'il signe avec l'EHPAD lors de son admission⁴⁴, qui engage les deux parties sur les prestations offertes (hôtelières, soins, accompagnement..) ainsi que sur les droits et les obligations réciproques.

Les attentes de l'utilisateur, objet et cible de la qualité, sont systématiquement recherchées à travers les enquêtes et les questionnaires de satisfaction du secteur médico-social, ou de sortie des hôpitaux. On peut regretter que cette participation soit actuellement trop frileuse⁴⁵. A titre collectif, ils sont directement associés à la contractualisation au sein de l'institution par leur représentation (membres avec droit de vote) au sein du conseil d'administration. En effet, celui-ci est habilité à étudier toute convention ou contrat avec des organismes publics ou privés. L'examen par le conseil d'administration est un moment clef car il confère au projet sa qualité de document officiel.

La recherche du consensus dans le cadre du contrat nécessite qu'un dialogue s'instaure dans la plus grande transparence possible. L'information délivrée à l'ensemble des acteurs va au delà des besoins et des attentes de chacun pour permettre à tous de se positionner sur l'ensemble des champs du contrat. L'établissement est tenu de délivrer systématiquement à l'utilisateur ou son représentant les éléments qui lui permettent d'exercer pleinement son rôle de « co-contractant ». Certains décideurs comme l'ARH de Bretagne ont pris en compte cette volonté en créant un comité de consultation des usagers.

La participation de l'utilisateur est complexe à mettre en œuvre car elle se situe au carrefour de ses attentes propres, de celles du personnel de l'établissement et de l'environnement social. On peut s'interroger sur le réel bénéfice retiré par l'utilisateur. D'une part, il existe des limites incontournables, inhérentes à la fragilité des personnes accueillies. D'autre part, les établissements tendent à standardiser le contrat de séjour.

2.2.2 L'utilisateur prétexte de la contractualisation

Un contrat entre l'utilisateur et l'établissement ne prend de valeur que par un consentement éclairé et un réel engagement des deux parties. Le principe du consentement éclairé reste limité pour l'utilisateur. Par exemple, l'entrée dans un EHPAD correspond rarement à un

⁴⁴ Loi n°97-60 du 24 janvier 1997 instituant la prestation spécifique dépendance.

⁴⁵ cf. entretien avec Mme Le Gall.

souhait de la personne âgée. Elle s'y trouve contrainte par une dégénérescence de ses capacités intellectuelles et physiques l'empêchant de vivre de manière autonome. L'admission se fait dans un contexte difficile où elle perd ses repères sociaux et voit son espace de vie et d'expression se réduire. Dès lors, peut-on parler de réelle volonté d'engagement de l'utilisateur dont le choix est limité par son état de fragilité et par l'offre restreinte de structures d'accueil ?

Ce désengagement est conforté par le fait que l'établissement représente au yeux de l'utilisateur une entité sur laquelle il ne peut avoir de prise. Il se positionne comme consommateur et non comme force de proposition, l'expression des besoins prenant le plus souvent la forme d'une plainte. La difficulté des associations à maîtriser les informations d'ordre technique ou financier transmises par l'institution est manifeste⁴⁶. Cela se traduit généralement par un « crédit de confiance » accordé à la direction de l'établissement. Les associations ne bénéficient pas de remontées suffisantes du terrain (faible fonctionnement des commissions de conciliation). Les représentants des usagers hésitent souvent à s'engager sur des décisions opérationnelles (organisation des services, choix financiers) qu'ils estiment relever de la compétence du directeur.

Par ailleurs, à la lecture de certains contrats de séjour, nous avons pu constater qu'ils n'étaient pas le reflet de la personnalisation de la prise en charge. Ils s'apparentent à un catalogue de prestations offertes par l'établissement mais non réellement négociées. En ce sens, il ne propose pas au résident des marges de manœuvre par rapport au règlement intérieur.

Cette standardisation du contrat de séjour s'explique par le fait que l'établissement, conscient du risque de recours, ne peut s'engager sur des prestations dont le financement ne lui est pas encore garanti dans l'attente de la signature de la convention tripartite. Un autre inconvénient du recours au contrat pour l'utilisateur est qu'en cas de contentieux, le juge aura tendance à appliquer la responsabilité contractuelle et non la responsabilité délictuelle, tout du moins dans les établissements privés⁴⁷. Si des clauses limitatives de responsabilité sont jugées admissibles, l'établissement pourra dégager sa responsabilité au détriment de l'indemnisation de l'utilisateur. La position non tranchée des hautes juridictions (Conseil d'Etat et Cour de cassation) risque de produire un accroissement des décisions jurisprudentielles⁴⁸. Afin que l'utilisateur bénéficie pleinement des avantages de la contractualisation, des évolutions sont souhaitables.

⁴⁶ Cf. entretien avec Mme Le Gall

⁴⁷ LHUILLIER J.M. Les conséquences du développement du droit des usagers sur la responsabilité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. *Revue de Droit Sanitaire et social*, juill.-sept.2001, n°37(3), pp.563-571.

3 UN MODELE CONTRACTUEL A FAIRE EVOLUER

Après avoir analysé les limites et les enjeux de la contractualisation, nous allons tenter de dégager ses évolutions possibles et les conditions d'une meilleure régulation. Quels types de contrats peuvent encore être négociés ? Quelles sont les marges de progression des outils existants ?

3.1 Quels contrats à venir ?

3.1.1 Quelle contractualisation entre les usagers, les établissements, les professionnels ?

La réalité du lien entre professionnels et usagers recouvre des relations interpersonnelles complexes non réductibles aux termes d'un contrat juridique. La référence au contrat juridique liant les parties intervient lorsqu'il y a échec ou rupture de la relation, les compromis de la relation s'établissant usuellement sur le registre de la « convention ». Le succès très relatif des commissions de conciliation instituées en 1996 en est une illustration. Un projet de réforme vise à en favoriser l'accès par les usagers en les sortant du cadre hospitalier. L'accès direct au dossier médical et l'obligation d'information ne permettront pas de résorber l'asymétrie d'information au sein du colloque singulier médecin-malade. La volonté politique d'associer les usagers aux décisions techniques, concrétisée par les Etats généraux de la santé de 1999 et les Conférences Régionales de Santé d'une part, l'intégration des représentants des usagers dans les conseils d'administration des établissements d'autre part, présentent un bilan réservé. En effet, si l'utilisateur a manifesté très clairement des exigences en termes d'écoute, d'accueil et de demande de considération individuelle, il ne semble pas souhaiter participer aux décisions techniques d'organisation du dispositif de prise en charge. En outre, l'utilisateur considère qu'il revient aux élus ou aux administrateurs de l'assurance maladie de contrôler les gestionnaires – notamment les directions d'établissements.

De manière théorique, la contractualisation pourrait contribuer à accroître la judiciarisation des rapports entre l'utilisateur et l'établissement. L'inconfort induit pour les professionnels risque de modifier les rapports interpersonnels : il n'est pas sûr que l'utilisateur soit gagnant et souhaite perdre le capital de confiance dont il crédite le praticien.

⁴⁸ Arrêt de la cour d'appel de Versailles du 17 Décembre 1999.

3.1.2 Vers une généralisation du contrat de séjour au domaine sanitaire ?

Le contrat de séjour ne concerne actuellement qu'un hébergement long, alors que dans le domaine sanitaire la notion d'hospitalisation est souvent de courte durée. Dans le cas de l'hospitalisation de long séjour et à domicile, voire de moyen séjour, le recours à ce type de contrat semble possible. La transposition au court séjour apparaît plus délicate. L'objet principal du contrat au niveau sanitaire ne serait pas l'obligation de soins, qui est déjà une obligation légale non contractualisable. Le contrat dans un établissement sanitaire public porterait sur des objets secondaires par rapport au traitement de la maladie, comme dans les cliniques privées (prestation d'hébergement, accompagnement)

De plus, le risque inhérent à l'activité sanitaire, plus important que dans l'activité médico-sociale, pourrait engager de manière exorbitante la responsabilité de l'établissement sanitaire en cas de recours au contrat de séjour.

3.1.3 L'aménagement et la réduction du temps de travail (ARTT) : une nouvelle contractualisation interne entre le salarié, le travail et l'institution ?

En matière de contractualisation interne, la mise en place de l'ARTT pourrait ouvrir un nouveau champ. En instaurant l'ARTT applicable dès le 1^{er} janvier 2000⁴⁹ dans toutes les structures privées, et au 1^{er} janvier 2002⁵⁰ pour les structures publiques, le législateur a voulu réorganiser le temps au travail et se pencher sur la légitimité des organisations de travail. Il s'agissait de trouver un équilibre entre la mission à accomplir et la meilleure façon de la réaliser, la légitimité du salarié à vivre des temps libres, la volonté de l'organisation de contrôler le temps de travail effectif du salarié. Déjà mise en œuvre dans les établissements privés, l'ARTT se heurte à des difficultés inhérentes à la culture et aux composantes du secteur public. La superposition des instances d'évaluation aux niveaux national, régional et local semble peu opérationnelle. Il existe cependant une opportunité de contractualisation externe et interne qui pourrait constituer un levier de négociation dans les rapports sociaux.

3.2 Comment penser l'évolution du rapport contractuel ? Evolution des outils et/ou évolution des mentalités ?

3.2.1 Les outils à modifier

La durée de la contractualisation ne correspond pas actuellement à la vie des établissements dont la rythmicité est annuelle, ni à celle de l'autorisation ou de

⁴⁹ Loi n°2000-37 du 19 Janvier 2000.

⁵⁰ Projet de protocole national sur l'ARTT du 18 septembre 2001 émanant de la DHOS.

l'accréditation. Aussi cette multiplication de contraintes administratives risque d'altérer à terme la motivation des directeurs d'établissements, qu'ils soient publics ou privés, et des personnels. Il paraît intéressant de limiter le nombre des procédures par l'élaboration d'une complémentarité pertinente entre la contractualisation, le régime d'autorisation, la planification et l'accréditation.

Par ailleurs, le principe d'annualité budgétaire applicable à la LFSS est en contradiction avec la pluriannualité du COM. Il peut donc paraître intéressant que la LFSS intègre une dimension pluriannuelle dans certains domaines, notamment le financement des établissements de santé. Cela donnerait l'assurance aux ARH de pouvoir respecter leurs engagements contractuels.

3.2.2 L'articulation du projet d'établissement et du COM : vers un projet d'établissement comme cahier des charges partiel du COM ?

La contractualisation externe, en particulier les COM des établissements sous dotation globale, s'articule pour l'heure difficilement avec les autres outils existants, notamment le projet d'établissement, ce qui limite la portée régulatrice du contrat. Les COM des établissements non soumis à la dotation globale soulèvent en revanche peu de difficultés en terme d'articulation avec la stratégie de ces établissements, puisque les contrats sont conformes à un contrat-type qui ne contient pas d'orientations stratégiques.

Pour les établissements sous dotation globale, le projet d'établissement est le document stratégique de l'établissement, le COM étant l'outil de mise en œuvre du projet. Le COM doit prévoir la mise en œuvre des orientations du SROS, et sa négociation est soumise à la contrainte de l'enveloppe budgétaire. Or, l'élaboration du projet d'établissement « s'exonère parfois de la contrainte budgétaire⁵¹ ». Autrement dit, les directions d'établissements préfèrent souvent ne pas « internaliser » cette contrainte dans la réflexion sur le projet d'établissement qui fixe un grand nombre d'objectifs sans toujours intégrer le caractère limité des ressources. Le COM ne choisit que quelques priorités. Il apparaît ainsi à l'institution comme un nouveau carcan mal accepté. Les marges de négociation sont peu reconnues par les acteurs internes, et la régulation souhaitée est entravée. De plus, la mobilisation sur une longue durée du personnel pour l'élaboration du projet d'établissement se répète lors du choix des objectifs et des actions à mettre en œuvre dans le COM. Cette lourdeur peut affaiblir la motivation du personnel, essentielle pour la réussite de la contractualisation. Il est donc important que les directions des établissements intègrent davantage la contrainte budgétaire, même si cela implique des choix délicats et une communication tendue, notamment avec le personnel médical. Les acteurs ainsi responsabilisés, le contrat

susciterait moins d'oppositions *a posteriori* et son appropriation serait meilleure. En outre, par souci de simplification et d'intégration de la contrainte budgétaire, la notion de cahier des charges, présente dans les conventions tripartites des EHPAD, peut être reprise pour l'analyse des COM.

Le projet d'établissement serait conçu comme un cahier des charges partiel du COM, dans un objectif mieux affiché d'une meilleure qualité de prise en charge de l'utilisateur. Le COM préciserait ensuite la mise en œuvre et les engagements financiers correspondant à ce cahier des charges.

3.2.3 La réforme de la loi du 30 juin 1975

La réforme de la loi de 1975 devrait ouvrir des perspectives innovantes dans le secteur social et médico-social pour que la démarche contractuelle puisse jouer son véritable rôle de régulation. A ce titre, la réforme repose sur deux grands principes :

- Le principe de transparence des relations : l'élaboration d'un contrat nécessite un échange réciproque d'informations à chaque étape décisive. Cela passe notamment, selon le projet de réforme, par la mise en place d'un système d'information partagé entre l'Etat, les départements et les organismes d'assurance maladie. Les établissements auront également l'obligation de se doter d'un système d'information en harmonie avec celui des autorités. A terme, il s'agit d'aboutir à des tableaux de bord normalisés.

- Le principe de cohérence : le secteur social et médico-social fait intervenir un nombre important de partenaires ayant chacun un mode de fonctionnement propre. Cette recherche de cohérence passe notamment par la mise en place d'outils conventionnels diversifiés. Une convention entre le préfet et le président du Conseil général favorisera l'articulation des politiques de l'Etat et du département en définissant les objectifs, procédures et moyens du partenariat mis en place. Les coopérations entre les divers établissements et services du secteur seront développées par des formules diversifiées (GIE, GIP, réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés). L'enjeu est de développer des complémentarités entre les établissements et de décloisonner le secteur sanitaire et le secteur social en donnant la possibilité aux établissements d'adhérer à une formule de coopération sanitaire. Surtout, à travers la généralisation des conventions pluriannuelles tripartites des EHPAD à tout le secteur médico-social, il s'agit de concilier l'intérêt général (la réalisation des objectifs du schéma d'organisation sociale et médico-sociale) avec l'intérêt particulier de l'établissement (la mise en œuvre du projet d'établissement).

S'agissant des résidents, la réforme se donne pour objectif de rompre avec la logique d'assistantat et de mieux prendre en compte leur avis. La promotion de la citoyenneté et

⁵¹ Document établi par un groupe de travail du comité régional de concertation de l'ARH de Bretagne.

l'accroissement des exigences des usagers pour des prestations adaptées et de qualité doivent être dorénavant pleinement satisfaits. Pour cela, l'extension à tout le secteur médico-social de la voie contractuelle initiée pour les EHPAD à travers les contrats de séjour sera une étape décisive. Le contrat de séjour définira la nature et les objectifs de la prise en charge dans le cadre d'un décret qui rappellera les règles déontologiques et éthiques ainsi que les bonnes pratiques professionnelles.

Par ailleurs, la représentation des usagers sera renforcée par la création d'un conseil de la vie sociale permettant d'associer les usagers et leur entourage à l'élaboration du projet d'établissement et du règlement de fonctionnement où sont définis les droits et obligations des personnes accueillies.

3.2.4 Vers la création d'agences régionales de santé ?

L'extension de la contractualisation externe à l'ensemble du secteur médico-social et social envisagée par la réforme de la loi de 1975 pourrait alourdir les procédures de contractualisation, étant donné le nombre important des établissements dans ce secteur. D'ores et déjà dans certains hôpitaux disposant d'une maison de retraite ou d'unités de soins de longue durée coexistent COM et conventions tripartites, négociés avec des autorités différentes. La création d'agences régionales de santé aux attributions élargies par rapport à celles des actuelles ARH contribuerait à rendre la contractualisation plus cohérente et plus systématique. Elle tendrait à simplifier les relations, à donner plus de visibilité aux acteurs et donc à accroître l'efficacité de la régulation.

Il peut sembler souhaitable de regrouper l'ensemble des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux sous le contrôle d'une autorité unique. La détermination d'un outil contractuel commun pourrait s'appuyer sur l'exemple des contrats utilisés par les compagnies d'assurance. Celles-ci s'inscrivent dans une logique concurrentielle, mais les garanties contractuelles qu'elles offrent sont globalement identiques. La contractualisation externe dans le domaine sanitaire et social pourrait s'orienter vers une telle formule : les contrats déclinent des objectifs généraux, laissant la possibilité aux établissements d'ajouter des objectifs spécifiques. Les avantages seraient pluriels : une plus grande simplicité d'élaboration, une lecture plus transversale des contrats, l'élaboration d'un document évolutif et une transparence accrue. Le secret entourant la contractualisation externe devient en effet désuet, la transparence ne devant plus se limiter aux seuls co-contractants.

Cependant, cette unification du mode contractuel serait rendue difficile par le fractionnement du secteur social et médico-social et par le rôle qu'y jouent les associations et les élus.

Certains estiment⁵² d'autre part que la mission régulatrice des actuelles ARH n'est pas encore achevée.

Il est à noter que la réforme en cours d'examen parlementaire constituant un Conseil Régional de Santé pourrait modifier le mode de fonctionnement de l'ARH. Ses missions, définies par le projet de loi, regroupent notamment celles du Comité Régional de l'Organisation Sanitaire et Sociale et de la Conférence Régionale de Santé. Les frontières de l'action sanitaire et de l'action sociale seront donc à redéfinir en fonction des marges de manœuvre et des nouveaux jeux de pouvoir ainsi instaurés.

Conclusion

La double dimension de la contractualisation, juridique et socio-économique, est essentielle. L'intérêt de la contractualisation réside certes dans son usage comme instrument de régulation administrative et financière des établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, mais plus encore comme outil de management et de modernisation. La régulation attendue rencontre néanmoins des limites importantes, en particulier la place encore réduite de l'usager dans cette démarche. Des perspectives d'évolution doivent en faire le bénéficiaire principal, directement ou indirectement. Le meilleur usage des outils existants comme la mise en œuvre de nouveaux contrats doivent ainsi être envisagés.

Mais le développement de la contractualisation dépend naturellement de l'évolution plus générale du système de santé, entre l'étatisation de l'assurance maladie et le développement de logiques « assurantielles ». En fonction des choix qui seront opérés, la contractualisation prendra des formes diverses. Le recours accru à ce mode de régulation semble toutefois inexorable, même si un large champ de la régulation des établissements n'apparaît pas contractualisable.

⁵² Entretien avec M. Schweyer

Liste des annexes

Annexe 1 : Les abréviations

Annexe 2 : La grille d'entretien

Annexe 3 : Les personnes rencontrées

Annexe 4 : Résumé des entretiens

Annexe 5 : Liste des COM et des contrats de séjours étudiés

Annexe 6 : Théories économiques et instruments de régulation

Annexe 7 : Schéma montrant l'articulation entre la planification et la gestion des établissements

Annexe 1 : Les abréviations

ARH :	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS :	Agence Régionale de Santé
CA :	Conseil d'administration
CH :	Centre hospitalier
CHU :	Centre hospitalier universitaire
CME :	Commission médicale d'établissement
COM :	Contrat d'objectifs et de moyens
CR :	Centre de responsabilité
CTE :	Comité technique d'établissement
EHPAD :	Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
PSPH :	(Etablissement) participant au service public hospitalier
GCS :	Groupement de coopération sanitaire
GIE :	Groupement d'intérêt économique
GIP :	Groupement d'intérêt public
ISA :	Indice synthétique d'activité
ISAM :	Indice synthétique d'activité médicale
LFSS :	Loi de financement de la sécurité sociale
SROS :	Schéma régional d'organisation sanitaire

Annexe 2 : La grille de questionnaire

Existe-t-il un contrat ?

Quelle est la nature de ce contrat ?

- interne
- externe

Quelle est la durée du contrat ? .

Qui en est à l'origine ?

Qui sont les signataires ?

Quel est l'objet du contrat ?

Quel est la nature des engagements pris (objectifs qualitatifs ou quantitatifs) ?

Quel est l'opposabilité du contrat ?

Quel est la responsabilité des parties ?

Le contrat a-t-il été négocié ou imposé ?

Quelle marge de liberté possédez-vous dans la négociation et la signature du contrat ?

Qui a élaboré le contrat (comité de pilotage) ?

Comment le COM a changé la donne et quel est son intérêt pour :

- l'établissement ?
- l'usager ?
- la tutelle ?

Quels sont les partenaires que vous associez en interne ?

Quel retour avez-vous dans l'atteinte des objectifs (en interne et par rapport aux autres signataires) ?

Quel retour avez-vous en terme de management ?

Est-ce le reflet de la puissance publique ou une nouvelle forme de management ?

Etes vous engagé par d'autres contrats négociés ?

Que pensez-vous des autres formes de contrat :

- COM ?
- réseau ville hôpital ?
- coopération interhospitalière ?
- centres de responsabilité ?

Existe-t-il une standardisation dans la rédaction des contrats ? Est ce un avantage/un inconvénient ?

Est-ce que le contrat externe permet que l'établissement soit une entité juridique autonome ?

Est-ce un bon outil de régulation ? Pourquoi ?

La contractualisation est-elle pour vous un véritable contrat ?

Divers : Questions que vous auriez voulu aborder.

Annexe 3 : Les personnes rencontrées

M. J-Y. Bellay, directeur de la clinique mutualiste La Sagesse, Rennes

M. Imbert, directeur de l'URCAM de Bretagne

Mme F. Le Bot, inspecteur principal à la DDASS du Morbihan, chef de projet pour l'ARH de Bretagne

Mme H. Le Gall, représentante des usagers au conseil d'administration du CHU de Rennes

M. Mazurel, directeur d'hôpital, Centre hospitalier de Seclin

M. F. Pereira, ARH de Bretagne

M. D. Pioche, praticien hospitalier, président de la CME du Centre hospitalier de Saint-Nazaire

M. J-P. Ségade, directeur du Centre hospitalier du Vinatier, Lyon

M. F-X. Schweyer, enseignant chercheur à l'ENSP

Mme M. Touzet, cadre infirmier supérieur, CHU de Nantes

M. J-F. Vinet, directeur adjoint du Centre hospitalier de Saint-Nazaire chargé de la stratégie et de la qualité

Annexe 4 : Synthèse des entretiens

Certains intervenants n'ont pas souhaité que leurs propos soient retranscrits.

Seuls les principaux points des entretiens sont évoqués ici.

Entretien avec M. Pereira (ARH de Bretagne), le 4/10/2001 :

Actuellement, la priorité de l'ARH est la signature d'un COM avec tous les établissements de santé avant fin 2002. Il ne s'agit pas pour les établissements d'une obligation, mais ils doivent s'apercevoir qu'il s'agit du meilleur partenariat possible. C'est une priorité interne à l'ARH de Bretagne, pour qui le contrat est un excellent outil de régulation. La contractualisation est préférable pour établir des relations avec les établissements, elle se substitue à une relation d'autorité à autorité. L'idéal serait une démarche concertée ascendante pour rompre avec une relation de tutelle et de mise sous tutelle. Le SROS est certes opposable, mais il permet surtout de donner des pistes de réflexion aux établissements.

La théorie de la contractualisation doit, si elle est bien appliquée, diminuer l'importance du contentieux (qui est faible pour l'instant). Le principal facteur de contentieux est le sentiment pour les établissements privés de n'avoir pas été suffisamment pris en compte au niveau du SROS. Cependant, si l'ONDAM se met à diminuer (ce qui est improbable), il pourrait y avoir un développement du contentieux.

Pour les COM signés en Bretagne, il existe une certaine standardisation de la rédaction :

- un cadre type (consultable sur le site Internet de l'ARH)
- des annexes de qualité et de sécurité communes (mise en place d'un groupe de travail dirigé par l'URCAM pour mettre au point ces annexes, avec une réflexion sur le respect de la sécurité sanitaire, la place de l'utilisateur, la lutte contre la douleur, les infections nosocomiales...).

Le COM reflétera aussi une contractualisation thématique reprenant les principales priorités des établissements. Il permettra à ces derniers d'avoir une meilleure visibilité sur 5 ans.

Une évaluation sera effectuée par les chefs de projets opérationnels annuellement, ou lors du déblocage de la tranche annuelle si les objectifs sont atteints.

Entretien avec Mme Le Gall (représentante des usagers au conseil d'administration du CHU de Rennes) le 2/10/2001 :

Le rôle du représentant des usagers est triple. Il possède un droit de vote au sein du CA, un rôle consultatif et un rôle de médiateur. A travers la commission de conciliation regroupant les représentants des usagers et des médecins conciliateurs, il joue son rôle de médiateur. Un projet de réforme viserait à sortir cette commission de l'hôpital pour en faciliter l'accès. Actuellement, les plaintes sont peu nombreuses (environ 90 par an). Toutes donnent lieu à un suivi de la part de la direction. Le représentant des usagers participe également à l'élaboration du questionnaire de sortie et à l'analyse des résultats. Cependant ce questionnaire est insuffisamment rempli.

Il est en revanche très difficile d'analyser dans le détail l'état financier et les projets d'un hôpital. La difficulté réside dans le manque de compétence ou de formation appropriée des représentants des usagers, mais aussi dans le temps qu'ils peuvent y consacrer. Ils ont confiance en la direction de l'hôpital. Il semble difficile d'avoir un retour de la part des associations représentées. Pour elles, l'hôpital semble être une "grosse machine". De la même façon, les adhérents demandent rarement à être plus impliqués dans l'analyse des projets. Au conseil d'administration les usagers ne représentent que deux voix (en plus de l'avis consultatif du représentant des personnes âgées), ce qui est faible au regard de l'ensemble des votants. Les usagers ne sont pas impliqués dans les projets de services, dans le projet d'établissement, ni dans le management interne des services.

Dans un autre cadre, en tant que présidente d'une association pour aider les malades en fin de vie, madame Le Gall est convoquée régulièrement (tous les 3 ou 4 mois) par la directrice de l'ARH de Bretagne à un comité des représentants des usagers. Ce comité regroupe des membres du réseau associatif local mais aussi départemental. Il a été consulté sur le SROS (avant sa réalisation et après son adoption). Les usagers ont l'impression d'avoir été écouté. Tant du point de vue de l'hôpital que de l'ARH, les représentants des usagers ont un libre accès à toutes les informations souhaitées.

Entretien avec M. Ségade (directeur du centre hospitalier du Vinatier) :

La contractualisation externe a été imposée de façon assez difficile, dans un contexte de restriction budgétaire assez tendu. La contractualisation interne avec une large délégation de responsabilité aux CR a permis de réorganiser les équipes hospitalières et de modifier le profil des postes des agents hospitaliers. La contractualisation interne est un vrai défi difficile à relever pour un établissement, mais qui donne du sens à l'action. Cependant, la tutelle est

indifférente au contenu de la contractualisation interne. Le centre hospitalier entretient d'autres partenariats hospitaliers et a signé un contrat de ville.

Entretien avec M. Mazurel (directeur d'hôpital, centre hospitalier de Seclin) :

Le COM a été imposé sur la base du projet d'établissement. Il est assorti de sanctions financières importantes en termes de renouvellement d'installations ou de personnels, en cas d'inexécution. Son avantage est de permettre, par sa pluriannualité, de s'engager dans des actions restructurantes d'envergure (psychiatrie, rééducation), dans lesquelles l'établissement n'aurait pas osé se lancer. Les avenants induisent des effets de levier intéressants, par la formation des personnels. Enfin, il y a une « récompense » par rattrapage des établissements vertueux qui ont un faible point ISA. Il existe une logique de l'ARH qui semble pertinente aux établissements.

La contractualisation existe également sous d'autres formes (GIP et GIE) permettant une sous-traitance logistique, une participation au schéma gérontologique et au réseau de soins palliatifs. La contractualisation interne est la prochaine étape.

Entretien avec M. Imbert (directeur de l'URCAM de Bretagne), le 9/10/2001 :

La contractualisation est à la base de la raison d'être de l'URCAM. Les contrats d'objectif et de gestion de l'URCAM sont conclus d'une part avec la CNAM et la CRAM, d'autre part avec l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML). L'URCAM vient de concrétiser avec l'URML et la municipalité la mise en place d'un service d'urgences qui fonctionne avec les médecins libéraux, et la mise en place d'un programme régional d'amélioration de la qualité autour de la prescription médicale.

La mise en place de l'ARH a gêné l'URCAM au départ, puis cette « sensation première d'agression » a été surmontée par la conviction que la participation des services de la Sécurité Sociale allait faire évoluer le dispositif en profondeur. L'évolution est moins rapide que ce qui était souhaité, mais la contractualisation ne se décrète pas. Hors de la contractualisation, il n'existe pas d'action possible. On peut regretter la mainmise de l'État sur le dispositif, tout en ayant la sensation qu'il n'y a « pas de pilote dans l'avion ».

La donne risque de changer en fonction du système d'assurance maladie qui sera retenu dans les prochaines années. Malgré les discours, il semble que l'on s'achemine vers un système entièrement régulé par l'État. D'autres voies sont possibles, de la privatisation jusqu'à un système d'assurance mixte. L'évolution des prochaines années ne peut

cependant plus se faire vers un système administré. La culture du contrat est la seule qui puisse avoir un avenir et un sens.

Entretien avec Mme Le Bot (inspectrice principale, DDASS Morbihan, chef de projet pour l'ARH), le 25/09/2001 :

Dans la région Bretagne, les contrats signés sont peu nombreux par rapport à d'autres régions. L'opposabilité du contrat réside dans une revue annuelle du contrat, avec déblocage de la tranche budgétaire si l'établissement respecte ses engagements. Toutefois, le financement est garanti, sous réserve d'une évolution constante de l'ONDAM. Les COM en région Bretagne ne peuvent porter au maximum que sur 1 % du budget régional global de l'établissement.

Le COM change la donne pour l'établissement (il lui permet d'avoir une visibilité sur 5 ans), pour l'utilisateur (il accède à une meilleure organisation des soins : gardes de chirurgie organisées, ouverture administrative plus longue et une meilleure qualité de prise en charge), pour l'autorité de contrôle (l'organisation des soins est planifiée à moyen terme).

L'élaboration du contrat est réalisée par un chef de projet opérationnel dirigeant une équipe de projet composée d'un représentant de l'Etat et d'un représentant de l'assurance maladie, avec un échelon administratif et un échelon médical. Au niveau de l'établissement, le président de la CME, le président du conseil d'administration, le conseil d'administration, parfois les médecins y participent. Le point de départ de la contractualisation est la démarche aboutie d'un projet d'établissement. Parfois, il est difficile d'assurer une cohérence entre le projet d'établissement et le COM (moyens financiers restreints), ce qui entraîne une difficulté d'application et de compréhension en interne.

En terme de management, le contrat renforce la position du directeur de l'établissement : c'est un changement managérial important.

La contractualisation ne se fait pas entre des parties égalitaires. On peut parler indifféremment de contrat, de protocole d'accord, d'engagement. Il existe aussi les conventions tripartites pour les EPAHD signés entre les établissements, l'assurance maladie et le conseil général (cofinanceur). Ces contrats sont souvent rédigés au sein de la DDASS, contrairement aux COM. Il existe un problème pour des hôpitaux locaux possédant un COM (pour la médecine) et deux conventions, l'une pour le long séjour, l'autre pour la maison de retraite. Il existe une certaine redondance des contrats. La standardisation dans la rédaction des contrats n'apparaît pas comme une nécessité.

Annexe 5 : Liste des COM et des contrats de séjours étudiés

Liste des COM :

COM du CHU d'Angers

COM du CH de Seclin

COM du CH d'Aubenas

COM du CH du Vinatier, Lyon

COM de la clinique Saint Vincent de Larmor-Plage

Trame des COM de la région Bretagne (site Internet de l'ARH de Bretagne)

Liste des contrats de séjour :

Contrat de séjour de la résidence "Les grands jardins", Montauban de Bretagne (Ille-et-Vilaine)

Contrat de séjour de l'hôpital local du "Grand Fougeray", Le Grand Fougeray (Ille-et-Vilaine)

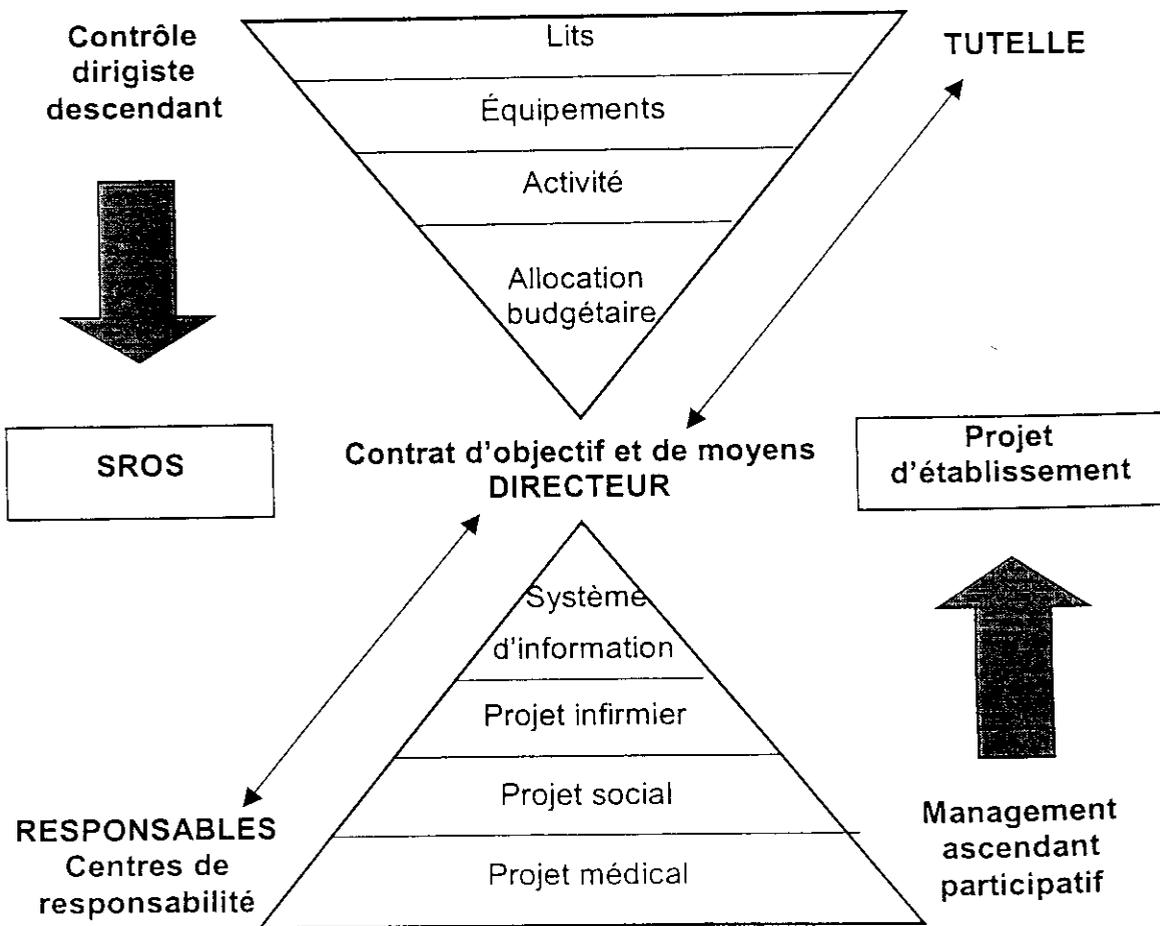
Annexe 6 : Théories économiques et instruments de régulation

	<u>Théorie standard</u>	<u>Théorie Standard Elargie :</u> Théorie de la bureaucratie	<u>Théorie Standard Elargie :</u> Théorie des contrats
<i>Entité considérée</i>	Bien " santé "	Établissements de soins	Relation entre tutelle, administration, médecins
<i>Solutions préconisées</i>	Flexibilité du prix des soins Action sur l'offre de soin Action sur la demande	Renforcement du contrôle Concurrence bureaucratique Concurrence public/privé	Élaboration de contrats incitatifs entre : * tutelle et hôpital * hôpital et médecins
<i>Instruments</i>	Carte sanitaire, SROS, Budget global	PMSI : contrôle budgétaire, comparaison public/public, comparaison public/privé	PMSI : réajustement budgétaire, contractualisation externe et interne

<u>Mode de coordination</u>	<u>Nature de la coordination sociale qu'elle décrit</u>	<u>Incertitude initiale</u>	<u>Régularité</u>	<u>Existence d'une axiomatique méthodologique</u>
Convention	La coordination se fait par des procédures collectives de résolution de problèmes, dans lesquelles s'inscrivent les calculs individuels.	Oui	Oui	Oui
Marché standard	La coordination se fait par l'offre et la demande.	Non	Oui	Oui
Panique	La coordination se fait par l'imitation spontanée des autres dans un moment de crise.	Oui	Non	Oui
Contrat	La coordination se fait par la négociation des termes de l'échange, ou comme si cette négociation avait eu lieu (contrats implicites).	Non	Non	Oui
Approche culturelle	La coordination se fait relativement à l'appartenance à un groupe culturel donné, souvent confondu avec un groupe national.	Oui	Oui	Non

(d'après BONNIER C. *Contrôle de gestion d'une organisation complexe : l'hôpital public une analyse par la théorie des conventions*. Thèse : CNAM, 2001).

Annexe 7 : Schéma montrant l'articulation entre la planification et la gestion des établissements



(d'après BONNIER C. *Contrôle de gestion d'une organisation complexe : l'hôpital public une analyse par la théorie des conventions*. Thèse : CNAM, 2001).

BIBLIOGRAPHIE

Mémoires, thèses

BONNIER C. *Contrôle de gestion d'une organisation complexe : l'hôpital public une analyse par la théorie des conventions*. Thèse : CNAM, 2001.

MONTAGNON M. *Le contrat d'objectif et de moyen*. Mémoire de fin d'étude d'infirmière générale : ENSP, 1998.

SIMON C. *Le contrôle de la gestion d'une organisation complexe: l'hôpital public, une analyse par la théorie des conventions*. Thèse: conservatoire national des arts et métiers, 2001.

TOUPNOT T. *Associer les personnes âgées dépendantes à l'élaboration du contrat de séjour*. Mémoire DESS : ENSP, 1998.

ZIMMERMAN JF. *Le contrat interne d'objectifs et de moyen*. Mémoire de fin d'étude d'infirmière générale : ENSP, 1998.

Ouvrages

BATIFOULIER P/ ed. *Théorie des conventions*. Paris: Economica, 2001.

BRAMI G. *Le projet institutionnel des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*. Paris : Berger-Levrault, 2000.

CLEMENT JM. *Essai sur l'hôpital*. Paris : Berger-Levrault, 1994.

CLEMENT JM. *L'ordonnance du 24-04-1996 portant réforme de l'hospitalisation*. Bordeaux : Hospitalière, 1997.

CLEMENT JM. *Lire la nouvelle loi hospitalière*. Paris : Berger-Levrault, 1992.

CORIAT B. *Les nouvelles théories de l'entreprise*. PARIS: LGF, 1995. 218p.

CROZIER M. *L'acteur et le système*. Paris : Seuil,1977.

DE LAUBADERE A/ ed. *Traité de droit administratif*. PARIS :Librairie générale de droit et de jurisprudence,1990.

DEMSETZ H. *L'économie de la firme: sept commentaires critiques*. Colombelles: Management et société,1998.250p.

DUPONT M./ ed. *Le droit hospitalier*. Paris : Dalloz,1997.

GIBERT P./ ed. *L'action publique*. Paris : L'Harmattan, 1996.

LACHEZE-PASQUET P/ ed. *L'administration de l'hôpital*. Paris :Berger-Levrault,1999.

MATHY C. *La régulation hospitalière*. Paris: Médica,2000.282p.

MESCHERIAKOFF A. *Droit des services publics*. PARIS: PUF,1991.

MINTZBERG H. *Le pouvoir dans les organisations*. Paris : Organisation,1986.

MINTZBERG H. *Structure et dynamique des organisations*. Paris : Organisation,1982.

SAILLY JC. *Dix ans d'avancées en économie de la santé: actes des XIX es journées des économistes de la santé*. Montrouge: John Libbey Eurotext,1997.304p.

SAINSAULIEU R. *Sociologie de l'entreprise - Organisation, culture et développement*. Paris : Presse de science politique et Dalloz,1997.

SEGADE JP. *La contractualisation à l'hôpital*. Paris : Masson, 2000.109 p.

VEDEL G. *Droit administratif*. Paris : PUF,1990.

Revues et articles

FORGES J M. Le volet hospitalier de la réforme de la protection sociale de 1996. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, oct.-déc.1996, n°32(4), pp.713-742.

GALY M. La médiation à l'hôpital ou les enjeux d'une écoute institutionnelle. *Entreprise Santé*, janvier -février 2001, n°31.

GHEBALI-BAILLY M. Les agences régionales de l'hospitalisation ou l'Etat éclaté. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, n°3, juillet 1997.

GOTTSMANN J. Contrats d'objectifs et de moyens, contrats internes : objets juridiques non identifiés. *Entreprise Santé*, janvier -février 2001, n°31.

HARDY J. Le contrat dans la réforme hospitalière du 24 Avril 1996. *Revue de droit sanitaire et social.*, Novembre 1997, n°11, pp. 949-960.

HECQUARD-THERON M. La contractualisation des actions et des moyens publics d'intervention. *L'actualité juridique – Droit administratif*, 20 Juin 1993, pp.451-461.

La contractualisation dans l'activité hospitalière. *Juri Sante*, janv1998,n°20, pp3-21.

Le point sur les COM. *Les cahiers hospitaliers*, Mai 1997, n°124 , pp.10-11.

LEVY M J. Vers de nouvelles régulations dans le secteur social et médico-social : décision unilatérale ou contrat ?. *Revue de Droit Sanitaire et Social*, oct.-déc.1998, n°34(4), pp. 717-739.

LHUILIER J M. Les conséquences du développement du droit des usagers sur la responsabilité dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux. *Revue de Droit Sanitaire et social*, juill.-sept.2001, n°37(3), pp.563-571.

MARTINEZ E. La contractualisation interne au centre hospitalier de Béziers *Les techniques hospitalières*, nov. 1999, n°641, pp.13.

TRIMINTIN J. Les travailleurs sociaux à l'heure de la RTT. *Lien social*, 23 Mars 2000, n°524, pp.4-7.

ZAMANSKY.G.Le contrat d'objectif et de moyen : nouvelle contrainte administrative ou outil de gestion. Décision santé, janv. 1999,n°139,pp.24-26

Sites Internet

WWW.arh-bretagne.fr

Articles en lignes sur Internet

Evolution de la contractualisation dans le secteur public depuis 1980. Groupe européen d'administration public (en ligne). Septembre 2001(Visité le 10 Octobre 2001). Disponible sur Internet: <WWW.IIASIISA.BE/GEAP/FGGROUPES/FGGRCONTRACT.HTM