L'avenir de l'hôpital public français compromis?

R. HOLCMAN

Directeur d'hôpital, Docteur en Sciences de gestion, 1, square Delambre, 75014 Paris, France Chargé de mission au Conservatoire national des Arts et Métiers, Chaire économie et gestion des services de santé, 292, rue Saint-Martin, 75003 Paris, France

RÉSUMÉ

Les nombreuses réformes qui affectent le fonctionnement des hôpitaux publics en France accroissent les contraintes de gestion, mettent les équipes de direction sous contrôle, et s'appliquent à associer les professionnels de soins à la gestion de leurs unités. Le panorama qui se dégage de ces réformes est celui d'un hôpital correctement financé, mal géré, handicapé par les dysfonctionnements propres aux bureaucraties professionnelles. Or ces réformes sont fondées sur un diagnostic erroné: l'hôpital français souffre en réalité d'une masse salariale trop fortement constituée de personnels techniques, de missions non financées, d'une opposition entre légitimité du savoir et légitimité de l'intérêt général, et d'une inflation d'organes dirigeants insuffisamment représentatifs. La solution passe par l'entrée des médecins dans les équipes de direction, ce qui assurerait la diffusion de la légitimité bureaucratique dans les unités de soins.

Mots-clés: Hôpital, Avenir, Réformes, Diagnostic, Organisation.

SUMMARY

The Future of the French Public Hospitals Jeopardised?

The current reforms of the French public hospitals increase the constraints of management, push the teams of management under pressure, and try to associate the doctors with the administration of their units. These reforms are based on an erroneous diagnosis: the French hospitals seem to be correctly financed, poorly led, and disabled by professional bureaucratic dysfunctions. Actually, the budget of the hospitals is weighted with too many technical employees and no financed missions. Their organization is hindered by the opposition between knowledge and general interest legitimacies, and by an inflation of committees insufficiently representative. To solve the hospitals difficulties, doctors should get on the board, which would make general interest legitimacy trickle down to the care units.

Key-words: Hospital, Future, Reforms, Diagnosis, Organization.

1. INTRODUCTION

Sous l'effet de l'application progressive du plan « Hôpital 2007 » et, particulièrement, de la mise en œuvre au début de l'année 2007 de la nouvelle gouvernance, introduite par l'ordonnance du 2 mai 2005 du ministère de la santé [1], les hôpitaux publics sont en train de vivre une transformation profonde de leur mode de financement, de leur organisation financière et de la structuration de leur activité.

Leur financement, établi jusqu'alors sur la base de la dotation globale, s'adosse progressivement à leur activité réelle par le biais de la tarification à l'activité (T2A); leur budget vient d'être remplacé par l'Etat des prévisions de recettes et de dépenses (EPRD), qui vise à éviter tout dérapage financier en mettant les budgets des hôpitaux sous un système de surveillance étroit et en temps réel; leur activité, encore organisée autour de services, sera structurée autour de pôles d'activité regroupant plusieurs services, au 1er janvier 2007 au plus tard.

L'objet de cet article est de juger de la pertinence du diagnostic posé sur la situation des hôpitaux *via* une analyse en creux des mesures adoptées, d'évaluer si ce diagnostic est fondé et, par voie de conséquence, d'estimer si les réformes introduites ont des chances d'atteindre les objectifs qui les sous-tendent.

2. L'EPRD

L'EPRD n'est pas davantage un instrument de prévision que ne l'était le budget, c'est plutôt – comme le laisse supposer son intitulé – un instrument fin de suivi de l'exécution des autorisations de crédits données en début d'exercice [2]. Auparavant, l'exécution du budget était estimée *a posteriori* afin de préparer le budget suivant, ce qui laissait aux hôpitaux tout loisir de dépasser en cours d'exercice les autorisations de crédits accordées – tant en dépenses d'investissement que d'exploitation (ou de fonctionnement).

L'objectif de l'EPRD est d'estimer et de sanctionner en amont tout risque de dépassement budgétaire, d'où le nom de cette nouvelle procédure: « Etat des prévisions de recettes et de dépenses. » A chaque moment de l'exercice budgétaire, les responsables hospitaliers – ou leur tutelle, on va le voir - doivent être en mesure d'estimer les recettes et les dépenses à venir durant l'année d'exécution. C'est la raison pour laquelle, les instances paritaires (en l'occurrence le Comité technique d'établissement¹) de chaque hôpital ainsi que l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) dont ils dépendent devront être informés de l'EPRD quatre fois par an. En cas d'écart significatif et prolongé entre les objectifs et les résultats, le Conseil d'administration de l'hôpital pourra recourir à un audit externe et – si besoin est – adopter un plan de redressement à la demande de l'ARH. La Commission médicale d'établissement (CME2) et le Comité technique d'établissement peuvent conjointement saisir le Conseil d'administration de la situation financière de l'hôpital.

Sous le régime du budget, un déficit d'exploitation n'obérait pas la capacité de l'hôpital à commander et à investir. Désormais, avec la logique financière de l'EPRD, tout déficit d'exploitation diminuera les fonds propres de l'hôpital et obligera à repenser les modes de financement des investissements prévus. Selon les termes même des concepteurs du projet : « L'EPRD tend à privilégier les investissements financièrement équilibrés » [3].

^{1.} CTE : équivalent du comité technique paritaire dans la fonction publique hospitalière. Constitué exclusivement (pour la partie employés) des représentants du personnel – titulaires et contractuels – élus sur proposition des organisations syndicales de l'établissement. Il ne dispose que d'un avis consultatif mais doit être informé des différents éléments intéressant le fonctionnement de l'hôpital : incidents, projets de la direction, organisation et conditions de travail, orientations financières... 2. La CME représente le corps médical. Elle est composée des médecins-chefs de service, qui y siègent de droit, ainsi que des membres élus par leurs pairs.

L'EPRD introduit donc un pilotage par les recettes dont le niveau commande les dépenses. Avec le budget, l'équilibre demeurait l'objectif; avec l'EPRD, il devient la réalité. Comme on peut le voir sur la figure 1, la logique officielle de l'EPRD est la suivante : activité → recettes → dépenses → moyens. En réalité, cette logique intègre déjà celle de la tarification à l'activité [4], qui n'est encore que partiellement à l'œuvre : le lien entre activité et recettes est bien celui de la T2A. En attendant que cette dernière fonctionne à pleine charge, et sous réserve que ses modalités d'application établissent bien un rapport direct et entier entre activité et financement [5], la logique actuelle de fonctionnement de l'EPRD est la suivante : recettes → dépenses → moyens. La logique actuelle de l'EPRD introduit donc une logique financière via un pilotage par les recettes : ce sont ces dernières qui déterminent les dépenses, auxquelles s'ajustent les moyens et, donc, l'activité. Ce n'est plus l'activité qui détermine les moyens à mettre en regard, mais c'est à ces derniers que l'activité doit s'ajuster.

L'esprit qui sous-tend cette réforme est que les moyens actuels de l'hôpital public sont suffisants pour répondre à ses missions et que les difficultés budgétaires et financières qu'il rencontre ressortissent à la mauvaise gestion de ses dirigeants, incapables de mettre un coup d'arrêt à des dépenses jugées inconsidérées et à un éventuel gâchis des fonds employés. C'est cette conception qui préside à la possibilité

ouverte au conseil d'administration, d'une part, et à la CME et le CTE, d'autre part, de contester le bien fondé du management financier des établissements publics de soins.

On peut avancer, malheureusement, qu'il n'a pas été porté remède aux difficultés structurelles qu'affronte l'hôpital public. Par-delà une certaine fongibilité entre groupes de dépenses (à l'exclusion du financement de dépenses pérennes par des recettes non pérennes), rendue obligatoire par la loi organique relative aux lois de finances (LOLF) [6], rien de fondamental n'a été modifié dans la structuration des dépenses des hôpitaux, et donc dans leur nature. Les groupes de dépenses sont les mêmes, bien qu'ils aient été rebaptisés « titres ». En dépenses, on trouve le personnel (titre 1), les charges à caractère médical (titre 2), les charges à caractère hôtelier (titre 3), l'amortissement, les provisions financières et exceptionnelles (titre 4). En recettes: les produits versés par l'assurance maladie (titre 1 – pour partie toujours la dotation globale); les autres produits de l'activité hospitalière (titre 2); les autres produits (titre 3).

Le caractère inchangé de la terminologie des charges et des produits montre que rien n'est modifié dans le dilemme des hôpitaux. Quand bien même elles sont désormais réparties par titres et non plus par groupe, les dépenses des hôpitaux sont toujours constituées à 75 % par la masse salariale, 10 à 15 %

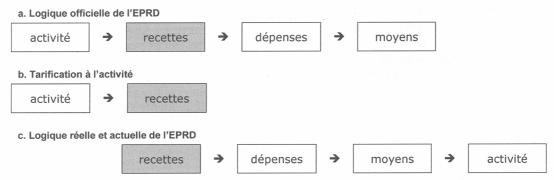


Figure 1. Logique officielle et logique réelle de l'EPRD.

par les dépenses à caractère hôtelier et 10 à 15 % par les dépenses à caractère médical, le solde s'établissant par les charges financières. Dans un rapport thématique qui vient d'être publié, la Cour des comptes [7] a montré que sur un total de 743 000 agents, 79 % appartiennent au personnel soignant, les 21 % restant se répartissant entre les personnels administratifs, socio-éducatifs, ouvriers et techniques. La répartition interne est plus préoccupante. Le personnel soignant est constitué à 85 % de paramédicaux, à 9 % de personnels médicaux³ et à 6 % de personnels médico-techniques. Le personnel non soignant se répartit entre 38 % de personnels administratifs, 6 % de personnels socio-éducatifs et 56 % d'agents des services ouvriers et techniques. Ce dernier chiffre pointe le problème central des hôpitaux en termes de ressources humaines. Plus de 87 000 personnes travaillent dans les services ouvriers et techniques alors que 35 000 agents appartiennent au personnel médico-technique. En d'autres termes, dans les hôpitaux publics français, il y a deux fois plus d'agents affectés à l'entretien des voitures, des robinets, des jardins et des étagères, que de personnels chargés de faire fonctionner les laboratoires, la kinésithérapie et les scanners...

Les personnels en question appartiennent à la fonction publique, leur carrière s'échelonne sur 35 ans environ. Seuls des non-renouvellements de départs à la retraite peuvent permettre d'arbitrer sur ce poste de dépenses. Or la démographie de la fonction publique hospitalière va offrir une fenêtre d'opportunité de 10 ans : d'ici à 2015, la moitié de son effectif sera parti à la retraite, le pic se situant en 2012 avec près de 30 000 départs cette année là. La filière technique va être la plus touchée avec presque 6 agents sur 10 (58 %) en retraite ; viennent ensuite la filière soins (56 %), la filière médico-technique (50 %) et la filière administrative (47 %).

Les équipes de direction ne sont pas sans responsabilité dans cette situation, rien ne leur a jamais interdit localement de ne pas remplacer les départs à la retraite pour y substituer le recours à des prestataires extérieurs. Mais imagine-t-on incompétents l'ensemble des chefs d'établissement? Si cette mesure n'a pas été généralisée, c'est parce qu'ils ont tout à y perdre: susciter un mécontentement social préjudiciable à leur carrière sans aucun soutien de leur hiérarchie, les autorités sanitaires – elles mêmes incapables de restructurer le tissu hospitalier national. C'est aux niveaux central et national que l'effort – notamment pédagogique – doit être entrepris.

Face à une telle situation, on voit mal ce que l'EPRD, les pôles ou la T2A pourraient bien améliorer - bien au contraire. Dans la mesure où la masse salariale est - jusqu'à présent – un invariant reconduit budgétairement d'année en année, l'ajustement financier ne peut se faire que par le biais des autres postes de dépenses – en particulier celles du titre 2 (dépenses à caractère médical) et du titre 3 (dépenses à caractère hôtelier et général). Ces dernières dépensent ressortissant à la responsabilité d'un membre de l'équipe de direction, et la fonction publique ayant une aversion culturelle pour le conflit, il est sociologiquement plus aisé de faire peser l'effort financier sur les services de soins plutôt que d'entrer dans une opposition entre directions – direction des finances et direction des services économiques en l'occurrence.

Dit autrement, les sources des dépassements budgétaires restent en place alors que s'est installé un système de contrôle financier draconien. Les déficits des années précédentes ont permis d'assurer le fonctionnement normal des hôpitaux; le contrôle financier non assorti d'une modification structurelle des dépenses va conduire à un rationnement des soins – invisible mais bien réel.

^{3.} Médecins, pharmaciens, ondotologistes.

De même, il conviendrait d'estimer financièrement les différents rôles assignés aux hôpitaux. Le coût des missions de service public doit, certes, être pris en compte dans le nouveau mode de financement des hôpitaux qui, bien qu'adossé à leur activité, est également composé de dotations forfaitaires censées couvrir leurs missions d'intérêt général, d'enseignement, de recherche et d'innovation⁴. Mais d'autres sources de dépenses ne sont pas identifiées. Si la recherche publique est partiellement financée [8], nombre de praticiens employés et rémunérés par les hôpitaux continuent de travailler pour une part non négligeable dans des instituts de recherche publics selon des modalités financières léonines. De même, l'hôpital public – lieu de l'excellence médicale - contribue puissamment à la recherche privée, les protocoles de recherche se faisant dans leur grande majorité en son sein. Les modalités de remboursement des « surcoûts » induits par l'expérimentation sont loin, très loin même, de couvrir les frais réels - particulièrement la mobilisation des personnels de soins [9]. L'hôpital tient aussi un rôle social très important dans l'accueil des plus nécessiteux, sans que l'impact financier de ce rôle indispensable soit – suffisamment – pris en compte.

3. LES PÔLES D'ACTIVITÉ

Le patrimonialisme est un des handicaps importants de gestion dans les établissements de santé, quel que soit leur statut ou leur mode de financement. Lits, matériels, personnels, sont considérés comme appartenant au service alors que c'est le service qui en réalité appartient à l'hôpital. Les pôles sont censés contribuer au dépassement de cette « Féodalité hospitalière » [10] en instaurant une gestion partagée des moyens, elle-même adossée au parcours médical raisonné du patient.

L'objectif est louable, nécessaire même. Il convient toutefois de rappeler que les pôles ne constituent pas la première tentative de dépassement du service et de décloisonnement de l'activité hospitalière, les fédérations de médecine, les départements et les centres de responsabilité visaient le même objectif, cependant que l'amendement dit « liberté » a autorisé les établissements de soins à déterminer librement leur organisation interne. La loi hospitalière de 1991 a, en effet, autorisé un regroupement volontaire au sein des fédérations de médecine: services, départements ou unités fonctionnelles pouvaient ainsi rapprocher des activités médicales complémentaires, assurer une gestion commune d'équipements et de lits, de même que le regroupement des moyens en personnels. Les centres de responsabilité, quant à eux, pouvaient se fonder par un contrat de délégation de gestion signé avec le chef d'établissement. Ce contrat devait définir les objectifs du centre de responsabilité et les moyens dont il était doté en regard; il définissait les indicateurs de suivi et, surtout, les modalités d'intéressement du centre aux résultats de sa gestion - qu'ils soient positifs ou négatifs. La similarité avec les pôles est ici frappante [11]. L'amendement dit « liberté », enfin, a permis au conseil d'administration d'un établissement public de santé d'arrêter librement l'organisation des soins et le fonctionnement médical dans le respect de son projet d'établissement.

Ces trois dispositifs accordaient une marge importante d'autonomie aux établissements quant à leur gestion et à leur organisation interne, ils ont pourtant été peu utilisés. Que cela signifie-t-il? Que les intéressés n'ont pas vu d'intérêt à profiter des dispositions nouvelles d'organisation; on peut, dès lors, se demander pourquoi ils en trouveraient davantage aux pôles, si proches des dispositifs précédents. En d'autres termes, il aurait peut-être été judicieux d'explorer les raisons de l'in-

^{4.} *Via* les MIGAC (Missions d'intérêt général et aides à la contractualisation), dotations forfaitaires qui s'ajoutent au financement par T2A, et les enveloppes MERRI (Missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovation).

succès relatif des dispositifs précédents avant que d'introduire une mesure qui s'adosse aux mêmes principes... et qui rencontrera les mêmes difficultés d'application [12].

Les établissements publics de soins sont toujours coupés en deux, même si la césure ne passe pas là où il est communément affirmé – entre soignants et non soignants: une thèse récente [13] a, en effet, montré que ce n'était pas l'appartenance professionnelle mais la fonction qui était pertinente dans le positionnement des agents des hôpitaux. Il n'en reste pas moins que la gestion de ces derniers est toujours caractérisée par une double filière hiérarchique et par une double légitimité.

Pour Smith [14], deux lignes d'autorité coexistent au sein de chaque établissement de santé: l'une profane, administrative et non professionnelle, l'autre charismatique, professionnelle et médicale. Ces lignes s'imbriquent là où des agents sont soumises aux deux. Hey-

debrand [15] rappelle que la conception dominante concernant les hôpitaux est de les caractériser par l'existence de deux lignes d'autorité – la ligne clinique/thérapeutique/professionnelle, et la ligne d'autorité administrative – ainsi que par l'opposition entre leur organisation formelle et informelle (ou fonctionnelle). De même, Mintzberg [16] avait constaté que : « Dans la bureaucratie professionnelle, on a fréquemment deux hiérarchies parallèles, l'une pour les professionnels, qui va du bas vers le haut et qui est démocratique, l'autre pour les fonctions de support logistique, qui va du haut vers le bas et qui a la nature d'une bureaucratie mécaniste » (p. 318).

Cette description correspond à la réalité de la gestion des hôpitaux français (figure 2). Le pouvoir hiérarchique du chef d'établissement s'exerce sur les filières administratives, médicotechnique, technique et de rééducation mais pas sur la filière médicale dont les membres ne sont

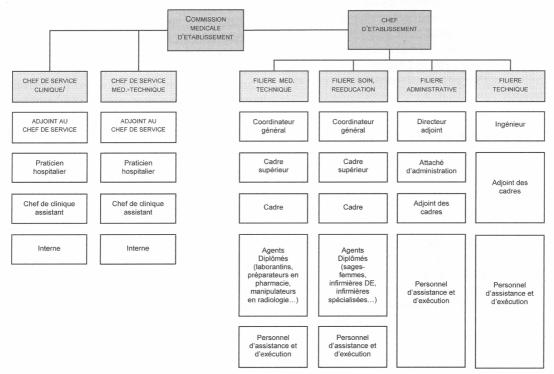


Figure 2. Organigramme simplifié d'un établissement public de santé.

ni évalués ni notés par lui, parfois même recrutés sans son assentiment. A l'inverse, les membres du personnel médical - les producteurs de soins, donc - mènent leur activité avec des collaborateurs qu'ils n'ont le plus souvent pas choisis, qu'ils ne notent pas et qu'ils ne peuvent pas sanctionner. Cette double ligne hiérarchique place les personnels paramédicaux en porte-à-faux, particulièrement les cadres infirmiers qui assument plusieurs fonctions: ils représentent la direction dans les services de soins; ils sont responsables de l'application des directives médicales; ils sont chargés de la mise en œuvres des actes relevant du rôle propre des infirmières. L'interface entre la filière médicale et les autres filières se fait par le biais de la commission médicale d'établissement, auquel le conseil exécutif va venir se surajouter. C'est au sein de la CME, en effet, que les éléments d'information relatifs à la gestion de l'hôpital sont présentés à la communauté médicale; c'est là aussi, en présence du chef d'établissement et des collaborateurs dont il veut s'entourer, que les recrutements médicaux sont entérinés et que sont pris les arbitrages en termes d'activité. Outre son rôle consultatif dans les domaines de l'investissement, du budget, des réseaux de soins, du bilan social et des centres de responsabilité, la CME tient un rôle effectif dans la formation continue des praticiens hospitaliers, le projet médical, l'organisation des activités médicales et l'amélioration de la qualité des soins. Elle peut se subdiviser en commissions suivant les sujets qu'elle souhaite évoquer: effectifs, gardes et astreintes, finances, activité libérale...

A cette double filière hiérarchique correspond l'opposition entre deux types de légitimité: la légitimité institutionnelle, légale-rationnelle, s'oppose à la légitimité traditionnelle charismatique [17]. La légitimité institutionnelle est celle de l'administration des hôpitaux et, plus récemment, de leur direction. Cette légitimité a une composante légitimiste, si l'on peut dire: les personnels respectent l'autorité hiérarchique parce qu'elle émane précisément de

leurs supérieurs hiérarchiques. S'agissant de la direction, cette forme de légitimité n'est pas toujours dénuée d'une composante charismatique en fonction de la personnalité du chef d'établissement et de son mode de management. Mais, c'est le poids de l'institution qui prévaut, la fierté d'y appartenir, d'en être un servant ou un rouage essentiel. C'est une légitimité bureaucratique, rationnelle, impersonnelle. L'autre légitimité à l'œuvre dans les établissements de santé est celle qui relève du charisme des médecins seniors – professeurs agrégés de médecine et/ou chefs de service - et celle suscitée par le pouvoir de guérir ou, pour ne pas utiliser improprement le concept de pouvoir, par la légitimité de la guérison. C'est une légitimité traditionnelle et charismatique.

L'opposition de légitimités au sein des hôpitaux s'appuie également sur des éléments externes: l'intérêt général, d'une part, le savoir et la connaissance, de l'autre. La légitimité bureaucratique à l'œuvre dans les établissements de soins est une légitimité publique, de l'intérêt général. Quel que soit le pays et le mode de financement, les établissements de santé contribuent au premier chef à la politique sanitaire et à l'état de santé de la population. A ce titre, le fonctionnement des hôpitaux, publics ou privés, relève de l'intérêt général – a fortiori quand leur budget est abondé par financement public.

La légitimité traditionnelle à l'œuvre dans les services de soins, elle, interagit avec la légitimité de la connaissance. La légitimité charismatique des médecins se compose à la fois du caractère légitime de l'acte de guérir et de la connaissance globale de la médecine sur laquelle s'appuie leur compétence. Cette légitimité s'exprime par le réseau de revues et d'articles scientifiques via lequel la connaissance médicale est évaluée, transmise, validée. De Kervasdoué [18] rappelle que les médecins disposent à la fois d'une autorité sociale et d'une autorité culturelle, et que : « L'autorité sociale est tirée de leur appartenance à une

profession détentrice d'un savoir, résultat de recherches mondiales » (p. 34).

La légitimité du savoir, adossée à l'exigence de qualité des soins et de satisfaction du patient, s'oppose à la légitimité bureaucratique, garante de l'intérêt général et, par là, de l'utilité sociale des moyens engagés. Ces deux légitimités ont une forte composante externe: la légitimité du savoir est étayée par les progrès de la connaissance médicale – en particulier dans les centres hospitalo-universitaires; la légitimité bureaucratique est l'expression déconcentrée d'une volonté politique quant aux objectifs nationaux de santé publique. L'opposition entre légitimités et la rivalité entre organisations ne se recoupent que partiellement – organisation soignante et organisation dirigeante sont elles-mêmes fractionnées en deux sous-organisations presque imperméables l'une à l'autre : l'organisation médicale et l'organisation non-médicale, d'une part, l'organisation support et la direction, d'autre part. Les infirmières incarnent l'exemple-type d'une double allégeance : elles relèvent hiérarchiquement de la direction de l'hôpital et fonctionnellement de l'organisation soignante.

Ces éléments conduisent à s'interroger quant à l'influence prévisionnelle des pôles sur les dérives organisationnelles qu'ils sont censés corriger. On peut craindre que patrimonialisme et féodalité changent simplement d'échelle, passant du service au pôle. Dans le même esprit, l'influence décisive de la fonction et du contexte dans lequel elle s'exerce [19] peut conduire à l'appropriation de la légitimité de la connaissance par les personnels administratifs rattachés aux pôles, plutôt qu'à leur influence quant aux contraintes de bonne gestion.

4. QUELAVENIR POUR L'HÔPITAL PUBLIC? FAIRE ENTRER LES MÉDECINS DANS LES ÉQUIPES DE DIRECTION

Les réformes hospitalières qui viennent d'être adoptées n'allègent donc pas les

contraintes subies par les hôpitaux ni n'effacent les fractures qui affectent leur organisation interne. Les établissements publics de soins vont être doublement contraints: par l'incitation à la productivité de la T2A et par l'étau financier de l'EPRD, sans qu'une solution pérenne et efficace soit apportée.

La nouvelle gouvernance des hôpitaux revient au bout du compte à mettre les équipes de direction sous tutelle: tutelle des conseillers généraux des hôpitaux; tutelle financière de l'ARH; tutelle des instances représentatives des médecins (CME) et des personnels non médicaux (CTE). La vision qui sous-tend ces réformes est toujours celle de l'hôpital pris comme exemple de bureaucratie professionnelle, une organisation où les professionnels – les médecins en l'occurrence – assurent son activité et participent éminemment à la conduite de sa stratégie. Or, la réforme du mode de financement des hôpitaux au début des années 1980 a transformé l'organisation support en organisation dirigeante. La raréfaction des moyens budgétaires consécutive à l'introduction de la dotation globale a contraint les établissements de santé à la performance et, par voie de conséquence, a considérablement accru le pouvoir des administrateurs en les plaçant en situation de réducteurs de l'incertitude de l'organisation confrontée à son nouvel environnement. Or Friedberg [20] rappelle que: « Le pouvoir d'un individu est ainsi fonction de l'importance de la zone d'incertitude qu'il sera capable de contrôler face à ses partenaires » (p. 36). Dès lors que le financement des hôpitaux s'est raréfié, les intercesseurs de ce financement se sont vus accorder une valeur nouvelle et accrue. Dans la mesure où l'environnement représente une source d'incertitude pour l'organisation, les individus ou les groupes d'individus capables de réduire cette incertitude se trouvent en situation d'exercer le pouvoir dit du marginal-secant ou du portier (Friedberg). La gestion de l'abondance n'exige pas un niveau de qualification élevé; en revanche, affronter la rareté réclame une formation, une expérience et un réseau de relations.

Dans ce contexte, la création du conseil exécutif⁵ qui accompagne la structuration de l'activité en pôles va aggraver la gestion institutionnelle découplée dont souffrent les hôpitaux, en augmentant encore le nombre d'instances dirigeantes [21]. La multiplication des instances décisionnelles ne peut qu'accentuer le découplage entre décisions et application des décisions. Avec la mise en œuvre des conseils exécutifs, quatre instances vont désormais être en charge de la direction et de l'orientation stratégique des hôpitaux : le conseil d'administration, la direction, la commission médicale d'établissement et le conseil exécutif. La création de ce dernier répond au constat de l'absence des médecins dans les équipes de direction des établissements publics, alors même que toutes les autres composantes des établissements y sont représentées: les personnels techniques par les ingénieurs; les administratifs par les directeurs adjoints et le chef d'établissement; les personnels paramédicaux par l'infirmière directrice des soins – coordinatrice générale des soins désormais.

Plus préoccupant encore, ce ne sont pas les mêmes membres et les mêmes métiers ou professions qui figurent dans ces différentes instances. La direction de l'hôpital – avec à sa tête le chef d'établissement - figure fort logiquement dans chacune des quatre instances; le personnel médical est correctement représenté au conseil d'administration, dans la CME et au sein du conseil exécutif - il est en revanche absent de l'équipe de direction; le personnel paramédical ne dispose que d'une représentation honorifique au conseil d'administration et dans la CME, il est représenté dans l'équipe de direction mais absent du conseil exécutif; le personnel technique n'est présent que dans l'équipe de direction.

Cette dispersion des responsabilités et des représentations dans plusieurs instances décisionnelles ne peut qu'amoindrir la légitimité des décisions de chacune d'entre elles. A l'heure actuelle, à l'exception des médecins responsables du département d'information médicale (DIM) associés aux directions des finances au sein de certains pôles administratifs, l'absence des médecins des équipes de direction fait de la CME le lieu de validation des décisions stratégiques prise en comité de direction; parfois même, suivant le rapport personnel établi entre le chef d'établissement et le président de la CME, c'est cette dernière qui tient lieu dans la réalité de comité de direction de l'établissement. Dans cette perspective, il est à craindre que le conseil exécutif ne souffre du même handicap: les décisions prises de concert entre direction et représentants du corps médical devront recueillir l'assentiment des personnels médical et paramédical pour les décisions qui les concernent, sauf à les rendre inapplicables en pratique.

La solution à ce découplage institutionnel passe par la mise sur pied d'une instance représentative de toutes les composantes de personnels des établissements de santé [22]. L'instance la plus proche de cet étiage est le comité de direction, auquel ne manque plus qu'une représentation médicale. De même qu'il existe une direction des travaux, une direction des soins infirmiers ou une direction des affaires médicales, on pourrait suggérer que les comités de direction des hôpitaux soient complétés par une direction médicale - la logique voulant que le médecin à sa tête soit le président de la CME en tant qu'il est élu par ses pairs pour les représenter. Dès lors, le comité de direction serait représentatif de l'ensemble de l'établissement, accroissant d'autant la légitimité de ses décisions, et faisant de lui la structure d'arbitrage des conflits, inhérents au fonctionnement de toute organisation.

^{5.} Le conseil exécutif doit contribuer à rapprocher le monde médical et le monde administratif. Cette nouvelle instance paritaire, présidée par le directeur, doit associer étroitement les médecins désignés par la CME (dont au moins 50 % de responsables de pôles) et les membres de l'équipe de direction, autour de la préparation des projets liés la mise en oeuvre du projet d'établissement et du contrat d'objectif et de moyens.

C'est à cette condition que les réformes nécessaires pourront être acceptées, et donc entreprises. La présence des médecins dans les équipes de direction contribuera à la « percolation⁶ » de la légitimité bureaucratique dans les services de soins; la contrainte de la gestion sera d'autant mieux acceptée qu'elle sera répercutée par des personnels légitimes aux yeux de ceux qui doivent être convaincus. L'exemple des présidents de CME est là pour le prouver: élu par leur pairs pour représenter et défendre leurs intérêts, ils accèdent à une fonction destinataire de toutes les informations de gestion de l'hôpital et, dès lors parfaitement informés de la réalité, en viennent à s'établir dans un rôle d'intercesseur entre communauté médicale et direction. N'était la crainte d'encourir l'accusation de tourner le dos à leur mandat, ils en viendraient naturellement à répercuter l'impératif de gestion auprès de leurs collègues: les présidents de CME sont élus par leurs pairs pour assurer la représentation du personnel médical auprès de la direction et des organes dirigeants de l'hôpital, il est donc très délicat pour eux de sortir de ce rôle et d'inverser leur position en s'appliquant à convaincre leur mandants de la nécessité de prendre en compte, au moins pour partie, le discours de la direction de l'établissement.

Adossées à la communauté médicale, les directions n'auraient plus aucun argument pour différer plus encore les réformes nécessaires – tout particulièrement l'action prioritaire à engager sur la structuration des ressources humaines. Dans la situation actuelle, on peut comprendre qu'un chef d'établissement soit réticent à engager le fer sur deux fronts: exiger des économies de sa communauté médicale et batailler avec les organisations syndicales représentatives pour substituer des prestataires extérieurs aux fonctions techniques prises actuellement en charge en interne. Les hôpitaux ont historiquement assuré l'ensemble des prestations nécessaires à leur fonctionnement – blanchisserie, cuisine, jar-

dinage, entretien, travaux... Désormais la question des effectifs doit d'abord s'envisager en fonction de ce critère, alors que l'enjeu du recrutement est fréquemment confondu avec celui du nombre de personnels de soins. Cela ne veut pas dire pour autant que le volume de personnels soignants dans les services de soins des établissements de santé soit un sujet tabou, en particulier si l'on compare les dotations en personnel dans les établissements publics avec celles des établissements privés prenant en charge des pathologies identiques, mais cela signifie que là n'est pas la priorité.

Surtout, la présence des médecins dans les équipes de direction permettrait de créer une structure d'arbitrage des conflits. Dans les établissements de santé, de même que dans les autres types d'organisations, les conflits sont en effet inévitables. Suivant les préceptes de l'analyse stratégique des organisations [23], chaque groupe d'acteurs ayant des priorités différentes au sein de l'organisation, il est porté à vouloir les privilégier par rapport à celles des autres groupes d'acteurs [24]. L'important n'est donc pas de tenter de faire prévaloir une hypothétique situation dénuée de conflits mais de mettre au point des modalités efficaces de résolution de ces derniers. Pour Lawrence et Lorsch [25]: « La résolution des conflits ne doit pas être considérée comme une réponse à une fin utopique mais simplement comme une solution tangible à des problèmes du jour, en ayant conscience que les différences fondamentales et légitimes engendreront de nouveaux conflits qu'il faudra résoudre demain » (p. 206).

5. CONCLUSION

Ce rapide panorama des grandes réformes hospitalières en cours de mise en œuvre permet de se rendre compte qu'elles sont établies sur un diagnostic erroné de la situation des hôpi-

^{6.} Dans le sens de la *Trickle Down Theory*, la théorie de la percolation, qui postule une modalité de diffusion du haut vers le bas par imprégnation. Cette théorie est utilisée dans des domaines variés des sciences sociales : l'économie du développement, la fiscalité, l'éducation publique, les fluctuations économiques et boursières, la répartition des revenus...

taux français. La mise sous tutelle budgétaire des équipes de direction, la déconcentration d'une partie du pouvoir de décision au niveau des pôles, le financement adossé à l'activité n'apporteront pas une solution aux difficultés structurelles des établissements publics de santé: une masse salariale trop fortement constituée de personnels techniques; des missions non financées; une opposition entre légitimité du savoir et légitimité de l'intérêt général; une inflation d'organes dirigeants insuffisamment représentatifs. La constitution des pôles n'est qu'un pis-aller dans la mesure où le maintien des services ou des départements va faire d'eux un niveau supplémentaire de décision et d'arbitrage, et du conseil exécutif un organe dirigeant de plus.

RÉFÉRENCES

- [1] Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 simplifiant le régime juridique des établissements de santé.
- [2] Peljak D. De la T2A à l'état des prévisions de recettes et de dépenses. Le Bulletin juridique du praticien hospitalier 2006;88;numéro spécial 12 p.
- [3] Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. *La réforme du régime budgétaire et comptable des établissements de santé*. Paris : Ministère de la Santé, 2005: 168 p.
- [4] Rolland JM. Rapport d'information de l'Assemblée Nationale. La tarification à l'activité dans les établissements de santé. Paris : Assemblée nationale. 2006: 311 p.
- [5] Sénat. Rapport d'information sur la réforme des établissements de santé. Paris. 2006: 55 p.
- [6] Loi organique relative aux lois de finances n° 2001-692 du 1^{er} août 2001.
- [7] Cour des Comptes. Les personnels des établissements publics de santé. Paris. 2006: 165 p.
- [8] Lascols S. Le financement de la recherche à l'hôpital. *La Revue hospitalière de France* 2005;505: 64-67.
- [9] Huriet C. Le monde associatif et l'hôpital. Les grands secteurs associatifs à l'hôpital. Les associations loi 1901 et la recherche clinique hospitalière. La Revue hospitalière de France 2002;484:12-13.

[10] Mélinand G. Sociologie de l'hôpital. Paris: Héral Editions. 1974: 207 p.

- [11] Destrem H. Nouvelle gouvernance... Retour aux origines. *Entreprise Santé* 2005;58:17-20.
- [12] Chiche P. 1941-2005 : l'hôpital public au fil des réformes. *Bulletin juridique de la santé publique* 2005;87:9-11.
- [13] Holcman R. L'ordre sociologique, élément structurant de l'organisation du travail. L'exemple des bureaucraties professionnelles: ordre soignant contre ordre dirigeant à l'hôpital. Th. Doct. Sciences de gestion, Paris: Conservatoire national des Arts et Métiers. 2006: 306 p.
- [14] Smith HL. Un double système d'autorité, le dilemme de l'hôpital. Dans Herzlich C (textes présentés et commentés par). Médecine, maladie et société. Paris: Ecole pratique des Hautes études-Mouton. 1970:259-262.
- [15] Heydebrand WV (Ed.). *Comparative Organizations*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall. 1973: 570 p.
- [16] Mintzberg H. Structure et dynamique des organisations. Paris: Editions d'organisation. 1982: 434 p.
- [17] Weber M. *Economie et société*. *1. Les catégories de la sociologie*, Paris: Plon. 1995: 410 p.
- [18] Kervasdoué de J. Au nom de quoi soigner? *Les Cahiers français* 2003;324:33-38.
- [19] Holcman R. L'avènement de la gestion par pôle, dernier avatar de la lutte de pouvoir à l'hôpital? Gestions hospitalières 2006;456:329-337.
- [20] Friedberg E. L'analyse sociologique des organisations. Pour 1988;28;numéro intégral.
- [21] Madelmont F. La nouvelle gouvernance hospitalière. *Actualités Jurisanté* 2005;51:17-20.
- [22] Couanau R. Rendre aux hôpitaux leur autonomie et leur responsabilité, et à l'administration centrale ses fonctions de pilotage du système. Revue fondamentale des questions hospitalières 2005;12:107-137.
- [23] Crozier M. L'analyse stratégique appliquée en milieu hospitalier: pertinence et méthodologie. *Gestions hospitalières* 1986;261:787-791.
- [24] Crozier M, Friedberg E. *L'acteur et le système*, Paris: Editions du Seuil. 1977: 500 p.
- [25] Lawrence P, Lorsch J. Organization and environment: managing differentiation and integration, Boston: Harvard Business School Press. 1967: 279 p.